Eina kartą per mėnesį | 1943 m. | XXIV METAI

Nr. 3 | Kovo mėn. | Nr. 3

LIETUVIŠKOJI MEDICINA

LAIKRAŠTIS, SKIRIAMAS MEDICINOS MOKSLO
BEI PRAKTIKOS
IR GYDYTOJŲ PROFESINIAMS REIKALAMS

Redakcinė Komisija:

Med. d-ras K. Grinius, prof. med. d-ras V. Kanauka ir med. d-ras J. Staugaitis.

LEIDĖJAI:
Liet. Sveikatos Valdyba ir V. D. Univ-to Medicinos Fakultetas

Redaktorius
Med. d-ras J. Staugaitis

Redakc.-Admin. adr.: KAUNAS, Mickevičiaus g. Nr. 11-a, b. 4, tel. 2-15-07

PRENUMERATOS KAINA:
metams 20 RM, pusmečiui 10 RM

Šio numerio kaina 5 markės

TURINYS.

M. Krikštopaitis: Keletas pastabų asthma cardiale klausimu 129

Vilniaus Universiteto Akių klinikos darbai:

I. *P. Kazlauskas,* doc.: Cysticercus cellulosae priekinėje akies kameroje 138

II. *K. Stungys:* Akių pakenkimai aitriomis cheminėmis medžiagomis 144

III. *L. Žemaitytė:* Keratitis parenchymatosa 150

IV. *J. Jėčius:* Piktybiniai intraokuliniai navikai 156

V. Vilniaus Univ-to klinikų gydytojų susirinkimas (1942 m. XI. 27 d.) 172

A. Šabanienė: Savitarpinės pagalbos Kauno ligoninės traumatologijos -ortopedijos skyriaus vienerių darbo metų apyskaita 177

Referatai (Vidaus ligos, akušerija ir ginekologija, ausų, nosies ir gerklės ligos, odos ir vener. ligos)..... 184

Klinikos ir praktikos patyrimai 189

Kronika 191

INHALTVERZEICHNIS.

M. Krikštopaitis: Bemerkungen zur Asthma cardiale-Frage.

Arbeiten aus der Wilnaer Universitätsaugenklinik:

I. *P. Kazlauskas, Doz.:* Ein Zystizerkus cellulosae in der Vorderen Augenkammer.

II. *K. Stungys:* Augenschädigungen mit ätzenden chemischen Stoffen.

III. *L. Žemaitytė:* Keratitis parenchymatosa.

IV. *J. Jėčius:* Bösartige intraokuläre Geschwülste.

V. Versammlung der Ärzte der Wilnaer Universitätskliniken (27. XI. 1942).

A. Šabanienė: Tätigkeitsbericht der traumatologisch - orthopädischen Abteilung des Kauener Krankhauses des Selbsthilfewerks über den Zeitraum eines Jahres.

Referate (Innere Krankheiten, Geburtshilfe und Gynäkologie, Otorhynologie, Haut-und Geschlechtskrankheiten).

Aus Klinik und Praxis.

Chronik.

Prie šio „Liet. Medicinos" numerio pridedamas priedas:
„Vyr. Sveikatos Valdybos Žinios" 4 nr.

Al p 205

LIETUVIŠKOJI
MEDICINA
žurnalas, skiriamas medicinos teorijos ir praktikos reikalams

XXIV m. | 1943 m. kovo mėn. | Nr. 3

Gyd. M. Krikštopaitis.

Keletas pastabų asthma cardiale klausimu.

(Iš V. D. Un-to Vidaus ligų klinikos. Vedėjas prof. med. dr, J. Meškauskas).

Ligonis K. Jonas, 61 metų amžiaus, gulėjo 1941 ir 1942 metais — per pusmetį Vidaus ligų klinikoje penkis kartus (ligos istorijų numeriai 11.562; 609, 991, 2.800 ir 4.730) diagnoze: asthma cardiale, myocarditis ir bronchitis chronica. Todėl beveik visiems Vidaus ligų klinikos gydytojams ligonis pasidarė pažįstamas iš pirmo žvilgsnio. Maždaug per tą patį laiką kreipęsis apie 9 kartus namie į įvairius gydytojus. Pagaliau, įkyrėjęs vienam netoliese ligonio buto gyvenančiam gydytojui, buvo vėl ekstra atsiųstas anksti rytą į kliniką. Rašančiam šitą straipsnį, budėjusiam tą dieną klinikoje, teko matyti šitas ligonis dusulio priepuolio metu. Iš pirmo žvilgsnio prisiminiau ligonio pavardę ir diagnozę „asthma cardiale". Prisiminiau, kad vienas iš kolegų laikė ligonį net simuliantu. Mat, ligonis, pagulėjęs klinikoje kelias dienas, vėl greitai vykdavo namo, nes dusulio priepuoliai klinikoje nebepasikartodavo. Atrodė, tartum ligonis del kažkurių priežasčių norėdavęs pakliūti į ligoninę. Žinodamas kelių kolegų nuomonę, kad šitas senas pažįstamas su aiškia diagnoze del suprantamų priežasčių nėra labai pageidaujamas svečias palatoje, suleidau camphora su coffein'u, dusulys netrukus praėjo ir, parašęs vaistų, po didelių ginčų su ligoniu ir jo namiškiais nepagulđžiau stacionariškai gydytis, bet paleidau namo. Kodėl reikėjo tiek daug bartis, paaiškina siuntusio gydytojo raštelis, kuriame rašoma: „Pastaruoju laiku jis turi asthma bronchiale priepuolius net 2 k. per dieną ir labai sunkius . . ."

Vėlesnis ginčas del diagnozės besikalbant su minėtu gydytoju, kurs buvo įsitikinęs, kad čia asthma bronchiale, ir nelauktai geri padariniai nuo nesudėtingo recepto, paskatino mane parašyti šitą straipsnį.

Lietuvos TSR VALSTYBINĖ BIBLIOTEKA
L 9615

Ligos istorijų santrauka.

Anamnezė. Ligonis skundžiasi kartotiniais dusulio priepuoliais tiktai naktimis. Dusulys didėjąs, lyg spaudžią vis labiau ir labiau, stingą oro. Toks sunkumas atsirandąs, jog negalįs net gulėti, o judant — esą dar blogiau. Geriausia — ramiai sėdėti. Išpildavęs prakaitas, apimdavusi baimė. Kiekvieną kartą būdavę taip bloga, jog turėdavęs šauktis gydytoją į namus. Tik tada, suleidus vaistų, praeidavę.

Tokie priepuoliai trukdavę ilgiausiai 4—5 val. Skausmų nebūdavę niekur. Kosulys būdavęs menkas, tik sunkokai atsikosėdavęs. Su krauju ar rausvais skrepliais neatsikosėdavęs nė kartą.

Tokių priepuolių buvę apie dešimtį. Pirmą kartą užėjęs priepuolis 1941 metų gruodžio mėn. gale, tada gulėjęs pirmą kartą klinikoje.

Tarpuose tarp priepuolių ligonis jusdavęs širdies mušimą, kartais nelygų, ypač po sunkesnio darbo arba atsigulęs. Miegąs neblogai, tik iš vakaro negreit užmigdavęs. Geriau miegodavęs gulėdamas aukštai galva, pusiau sėdom. Kiek sunkiau padirbėjęs, ar greičiau paėjęs, ar užlipęs į antrą aukštą greitai pavargdavęs, uždusdavęs. Taip jau antri metai. Kojos nekuomet nebuvo sutinusios.

Mažas būdamas sirgęs tymais, skarlatina. Venerines ligas neigia. Paveldėjime — nieko ypatingo. Vedęs. Žmona, duktė ir 2 sūnūs sveiki.

Seniau gerokai išgerdavęs, bet nedažnai — iki 1 karto per savaitę, o surūkydavęs iki 2 pakelių tabokos.

Prieš 2—3 metus sunkiai dirbęs — vežiojęs žemes į kalną, bet jau 1941 metų rugpjūčio mėn. nebegalėjęs šito darbo dirbti, greit pavargdavęs, ir jį metęs. Gyvenimo sąlygos vidutinės.

Status praesens. Ligonis vidutinio ūgio, blogos mitybos, taisyklingo kūno sudėjimo. Temperatūra normali. Dusulio priepuolio metu veidas ir galūnės būdavo cyanoziškos. Nedidelės varices cruris.

Priepuolio metu aiški dyspnoe, nuolatinė, su įtemptais pagalbiniais kvėpavimo raumenimis. Plaučių apatinė riba užpakalyje siekia proc. spinosus vert. thorac. XI, kiek sumažėjusio paslankumo (apie 2 cm). Vezikuliarus alsavimas, visame plaučių plote nedaug sausų karkalų ir vidutiniškai neskambių drėgnų karkalų. Drėgnų karkalų kiek daugiau užpakalinėse apatinėse dalyse.

Tvinksnis 76, vidutinio prisipildymo. Kairioji širdies riba siekia linea mamill. sin., dešinioji — 4 cm į dešinę nuo linea mediana. Širdies tonai dusloki, ūžesių negirdėti. Kartais ekstrasistolės. Kraujospūdis tarp 150:90 ir 125:80 pagal Rh.

Liežuvis drėgnas, nedaug apsinešęs. Dantys blogi (kelių nėra, dauguma kariozišk arba likusios šaknys). Pilvas neišpūstas, neskaudamas. Kepenys ir blužnis neapčiuopiamos.

Urogenitaliniai organai, limfinė bei nervų sistemos — nieko ypatingo. Vyzdžiai vienodi, reaguoja į šviesą ir į konvergenciją. Patelar. refleksai yra (d=k).

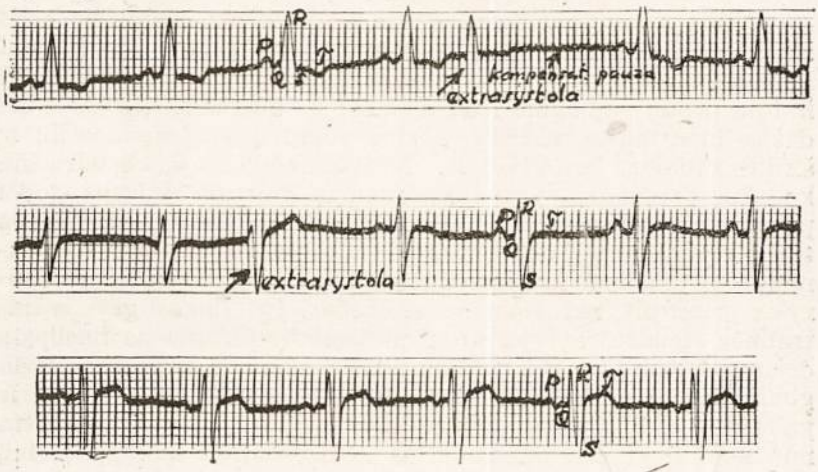
Peršviečiant rentgeno spinduliais matyti (1942 m. I. 26 d.): plaučiai difuziškai sunkokai spindulių praeinami. Hilus'ai stambokai dėmėti, druožės sustiprėjusios. Dešin. ir kair. pusėse matyti diafragmos sukibimų. Dešin. sinusas laisvas, kairysis kiek pritemęs. Širdis išsiplėtusi į kairę ir į dešinę. Stambiosios kraujagyslės taippat išsiplėtusios. Retrokardialinis tarpas užsipildęs.

Analizės. Šlapimuose — nieko ypatingo (specifiškas svoris 1,019—1,021). Skrepliuose — n. yp. (ir Koch'o bacilų nerasta).

Kraujyje: Hb 78—83% pagal Sahli, eritr. — 4.000.000 iki 4.760.000, leukoc. 6.000—7.200. Hemograma pagal Schilling'ą: eoz. — 1,

lazd. — 1 segm. — 63, limf. — 22, mon. — 8. Westergreen'o reakc. 32—64. Wassermann'o ir Sachs-Witebsky'o reakcijos neigiamos.

Elektrokardiograma: Sinusinis ritmas. Levokardiograma. Ekstrasistolija (iš kair. skilvelio). Tarpinė dalis pirmojoje derivacijoje žemiau 0 linijos. PQ=0,12—0,15. QRS=0,1—0,12. R_1 ir R_3 — žemi. S_2 ir S_3 — nusileidę. T_1 — neigiamas. (Žiūr. atvaizdą).



Elektrokardiograma.

Turime naktinio dusulio kartotinius priepuolius. Plaučiuose randame bronchito reiškinius. Iš karto galima galvoti iš tikrųjų apie asthma bronchiale: ligonis sėdimoje padėtyje, dyspnoe su įtemptais pagalbiniais kvėpavimo raumenimis. Nors dyspnoe ir yra kardinalinis simptomas, tačiau asthma bronchiale eina su vegetacinės nervų sistemos sutrikimais, su bronchų raumenų spazmais ir ypač būdinga eksudacija į bronchus (O. Naegeli „Differentialdiagnose in den inneren Medizin", 1937 met., 350 psl.). Net lengvais atsitikimais randame tąsiuose gleiviškuose skrepliuose eozinofilinių celių, Charcot-Leyden'o kristalų, spiralių ir kraujyje eozinofiliją. „Šita eksudacija taip būdinga, jog iš jos ir bendrinio stovio nebetenka diferencijuoti su kitomis astmos rūšimis (asthma uraemicum, diabeticum, etc.)", — rašo O. Naegeli.

Prie ligonio lovos, jo bute, to negalint ištirti, tenka ieškoti kitų duomenų, iš kurių galėtumėme orientuotis. Asthma bronchiale esti jauname amžiuje. Tiesa, vyresniame amžiuje asthma bronchiale reiškiniai gali pranykti, o vyrauti likę kaip pasėka emfizemos ar širdies nepakankamumo reiškiniai. Bet čia, pas mūsų ligonį, dusulio priepuoliai atsirado tik neseniai. Nėra nei ekzemų, urtikarijos, anafilaksinių žarnų ligų anamnezėje.

Tokiame amžiuje, rodos, pirmiausia turėtumėme panašiu atsitikimu galvoti apie asthma cardiale ir jieškoti jos priežasčių. Širdies ligoniai dažnai skundžiasi dusuliu, ypač po fizinio darbo. Tai žino daugelis ir negydytojų. Ir iš tikrųjų, tai ankstyvas širdies silpnumo simptomas.

Mūsų atsitikimu dusulys yra visai kitokio pobūdžio. Jis atsiranda didžiausio ramumo metu — naktį, gulint. Keista. Rodos, negalėtų tai būti del širdies silpnumo. Tačiau taip būna ir tokį dusulį vadiname k a r d i a l i n e a s t m a. Ji yra labai dažna hipertonijų, nefritų, aortos vožtuvų ydų, mezaortitų ir širdies raumens ligų atvejais. Minėtoms ligoms yra bendra tai, kad čia daugiausia yra apkraunamas kairysis skilvelis, todėl pirmiausia jis ir nusilpsta. Pvz., hipertonijoje kairysis skilvelis turi varyti kraują į aortą esant žymiai padidėjusiam pasipriešinimui — dideliam kraujospūdžiui. Jam negali padėti nei kairysis prieširdis, nei dešinysis skilvelis. Priešingai, grynos mitralinės stenozės atveju, arba emfizemoje pirmiausia nusilpsta dešinysis skilvelis, nes jis daugiausia apkraunamas, bet čia ligoniai nesiskundžia naktiniais dusulio priepuoliais. Jei jie ir pabunda naktį iš miego del dusulio, tai tik del to, kad nuslysta nuo aukšto guolio, o pasidarius horizontalinei kūno padėčiai, padidėja stazė plaučiuose ir smegenyse, del to atsiranda dyspnoe. Jie pasitaiso, atsigula aukščiau ir vėl užmiega, arba kenčia nuo nuolatinio dusulio — dieną ir naktį.

Taigi, prieš mus iškyla atskira grupė ligonių, turinčių k a i r i o j o s k i l v e l i o n e p a k a n k a m u m ą.

Naktinio dusulio priepuoliai skiriami į dvi formas. Pirmoji gana dažna forma yra C h e y n e-S t o k e s'o k v ė p a v i m a s, kurs lengva atskirti. Po gilaus kvėpavimo periodo (hyperpnoe), kvėpavimas trumpam laikui visai sustoja (apnoe). Šitos pauzės metu gali būti tvinksnio sulėtėjimas, myosis, sensorium sutrikimas su motoriniais reiškiniais, pvz., rankų ir kojų traukuliais. Periodiškas keitimasis crescendo iš apnoe į hyperpnoe ir yra būdinga Cheyne-Stokes'o kvėpavimui, kurs yra ypatingai dažnas ir ankstyvas kairiojo skilvelio nepakankamumo ir kaikurių smegenų ligų simptomas, tačiau dažnai nepastebimas tų, kurie sąmoningai jo nejieško. Nes čia ligoniai dažnai dusuliu nesiskundžia, jo subjektyviai nejausdami, nors objektyviai matoma aiški dyspnoe. Dažniau jie skundžiasi nemiga, kurios priežastis paaiškėja smulkiai išklausinėjus ligonį ar jo artimuosius: papasakoja apie ritmišką kvėpavimo gilumo keitimąsi.

Antroji naktinio dusulio priepuolių forma yra asthma cardiale, kuriai yra būdinga nuolatinė vienodo stiprumo hyperpnoe (spontaniška dyspnoe), dažnai susijusi su baime, neduodanti miegoti. Sunkiame priepuolyje ligoniai atrodo išblyškę, silpnai

cyanoziški, sunkiai kvėpuoja, išpilti šalto prakaito, sėdėdami ant lovos krašto ar šalia lovos. Tokioje padėtyje ligonį dažniausiai randa pakviestas gydytojas.

Kartais gana greitai atsiranda plaučiuose karkalų, girdimų net iš tolo, atkosti ružavų skreplių, kuriems gausėjant pereina į oedema pulmonum.

Tiesą sakant, nėra aprėžtų ribų tarp lengvos spontaniškos dyspnoe, asthma cardiale ir oedema pulmonum. Jos pas tą patį ligonį gali pereiti viena į kitą.

Priepuoliai gali trukti iki kelių valandų. Priepuoliui praėjus, ligonis jaučiasi pavargęs. Nekreipiant į priežastį dėmesio, priepuoliai kartojasi vargindami ligonį ir gąsdindami jo artimuosius. Panašiai buvo ir su mūsų ligoniu.

Ar visai išaiškina kardialinės astmos atsiradimą kairiojo skilvelio nepakankamumas? Ne! Jei kairioji širdis silpnai veikia, kai dešinioji pakankamai stipri, tai kraujas susitvenkia prieš kair. širdį, būtent plaučiuose. Del to jau gali būti dyspnoe. Rentgenologiškai esant plaučiuose stazei matoma: padidinti hilus'ai, plaučiai difuziškai mažiau spindulių praeinami, sustiprėjęs druožėtumas. Pas mūsų ligonį taip ir buvo. Nors ir tikrai esti plaučiuose stazė, tačiau ji viena jokiu būdu negali išaiškinti asthma cardiale. Pirmiausia — naktį kairiajai širdžiai be abejojimo darbas yra lengvesnis, kaip dieną. Mūsų ligonis dienos metu nejuto jokio dyspnoe, net galėjo lengvą darbą dirbti. D. Scherf („Klinik u. Therapie d. Herzkrankheiten u. d. Gefässerkrankungen", 1938 m.) pasakoja apie ligonį, sirgusį insufficientia valv. aortae decomp. (lues) su tokiu ankilozuojančiu artritu, kad visai nebegalėjo judėti, o jį kankino asthma cardiale ir tik naktimis. Antra, stenosis mitralis atveju esti didžiausia stazė plaučiuose, o kardialinės astmos neesti. Jei esti oedema pulmonum, tai tik po sunkesnio darbo.

Jei aiškinsime ūminiu kairiosios širdies silpnumu, tai tektų laukti, kad kraujospūdis kristų priepuolio metu. Tačiau esti priešingai, o krinta tik terminalinės edemos metu arba esant labai silpnam širdies raumeniui, arba šviežios koronarinės trombozės metu. Dar vienas faktas: morphium puikiai nuramina asthma cardiale, o jis gi plaučių stazės nei kiek nemažina, nei sustiprina kairįjį skilvelį.

Štai del ko seniausia klasiška Traube's ir Hoppe's teorija darosi nebepakankama asthma cardiale išaiškinti. Wassermann aiškina veikimu centrinei nervų sistemai. Nusilpusi kairioji širdis išmeta mažiau kraujo į aortą per tą patį laiko vienetą. Del to nukenčia audiniuose medžiagų apykaita. Atsiranda daugiau tam tikrų medžiagų (pvz., pieninės

rūgšties). Kai kurios medžiagos negali visiškai oksiduotis del sumažėjusio O_2 pristatymo. Šitiems pakitimams yra jautriausias kvėpavimo centras, kaip reguliatorius. Kaip pasėka, gaunami kvėpavimo pakitimai, gali atsirasti dyspnoe.

Matyti, yra veikiamos ir kitos nervų sistemos dalys, nes esti prakaitavimas, išblyškimas, baimės jausmas. Kartas vargina neduodąs miegoti įkyrus sausas kosulys, praeinąs nuo kelių digitalio miltelių, o nepasiduodąs kitiems vaistams. Kosulio centras juk yra netoli kvėpavimo centro. Lengva suprasti, kad raminamasis morphium veikimas kvėpavimo centrui gali puikiai veikti kardialinės astmos priepuolio metu. Kliniškas patyrimas rodo, kad vakare, davus mažą davinį morphium profilaktiškai, neesti priepuolio naktį, nors šiaip priepuoliai kartodavosi kas naktis.

Kodėl priepuoliai esti naktimis? Naktį parasympathicus'o tonus'as ir normaliai yra padidėjęs. Del to asthma bronchiale dažni naktiniai priepuoliai, dažnai naktį esti cholelithiasis priepuoliai, spazmai, net gimdymo skausmai dažnai prasideda naktį. Daug darbų paskutiniu metu rodo, kad į dyspnoe atsiradimą daug reikšmės turi vagus'o tonus'as ir vagus'o refleksai. Dyspnoe gali duoti širdies raumens anemija, koronarinių arterijų, arba sinus caroticus sujaudinimas, arba net spaudimas į art. carotis.

Antra vertus, kraujyje miegant esti daugiau CO_2, gal būt del kvėpavimo centro pakitusios reakcijos. Taigi, pakitimai į acidozės pusę esti jau fiziologiškai. Padidėjęs kitų rūgščių kiekis (pvz., pieninės r.) labai pakelia kvėpavimo centro jautrumą į CO_2, kurs yra tikrasis kvėpavimo jaudiklis.

Trečia, kvėpavimo centrą veikia dienos metu kortikaliniai centrai. Juk tyčia galime giliai kvėpuoti. Ką nors pamačius ar susijaudinus, pasikeičia ir kvėpavimas. Naktį tie veiksniai atpuola. Kvėpavimo centras ne tuojau reaguoja, o tik išsivysčius, pvz., didesnei acidozei, negu dieną. Del to ir reakcija gali būti kitokia. Ne tiek kraujo savybės, kiek kraujo srovės greitumas veikia. O kraujo srovės greitumas mažėja širdies ligų metu ir naktį (krinta tvinksnio dažnumas ir kraujo spaudimas miegant).

Nefrito metu asthma cardiale gali pasireikšti be prodromų, staiga, netikėtai. Iš to tektų spręsti, kad pasidarė nebepakankama kraujo apytaka. Tatai gi mūsų nedžiugintų prie ligonio.

Tiesą sakant, asthma cardiale atsiradimas šiandien dar nėra visai išaiškintas. Mes maža dar žinome apie kvėpavimo centro smulkų veikimo mechanizmą, apie jį veikiančias medžiagas, apie tų medžiagų kiekybinius santykius.

Didelės plaučių stazės (stenosis mitralis, emphysema pulm.) duoda padidėjusį CO_2 įtempimą kraujyje, veikiantį nuolat kvėpavimo centrą. Del to esti nuolatinė dyspnoe, bet ne priepuoliais. Tačiau, atrodo, ir čia veikimas yra daug painesnis.

Tiek iš edemų dydžio, tiek ir iš asthma cardiale dažnumo bei stiprumo negalima tikrai sakyti apie širdies jėgų išteklius. Čia lemia ne vien širdies jėga, bet ir audinių medžiagų apykaita. Didelis ligonio suvartotas skysčių kiekis, ypač vakarais, labai apsunkina kraujo apytaką, tuo būdu sudarydamas oedema pulm. pavojų.

Kuri gi priežastis pas mūsų ligonį galėtų duoti asthma cardiale? Iš ligos istorijos labai aišku: myocarditis. Jau prie ligonio lovos galėjome girdėti ekstrasistoliją, duslius tonus. Hipertonijos nėra. Širdies ribos kiek išsiplėtusios. Argi nepakanka ant greitųjų myokardito diagnozei? Anamnezė pritaria.

Myocarditis — dažna liga, dažnai nepažįstama nepadarius ekg. (D. Scherf). Neretai užtenka nekomplikuoto tonzilito, danties granuliomos, kad duotų myokarditą. Į židininę infekciją reikia kreipti ypatingo dėmesio, nes kartais pašalinus židininės infekcijos židinius, gaunama netikėtai gerų padarinių ir myokardito atveju. Ta pačia proga galima prisiminti, kad židininės infekcijos židiniais gali būti ir colitis, ir cholecystitis, ir adnexitis, ir sinusitis, etc.

Myokarditų (acuta) atveju neretai esti ir eritrocitų nusėdimo reakcija (pagal Westergreen'ą), pagreitėjusi iki 100 mm per 1 val. Todėl netenka stebėtis, kad ir pas mūsų ligonį buvo pagreitėjusi, nes dar buvo chron. bronchito reiškinių.

Klinikoje myokardito diagnozė daug lengvesnė. Elektrokardiograma pas mūsų ligonį nenuginčijamai kalba už myokarditą. Net mažai Ekg. matęs negalės nepastebėti, kad tai levokardiograma, kad yra ekstrasistolija, kad T_1 neigiama, kad S_2 ir S_3 labai ryškiai nusileidę.

Pagal P. Uhlenbruck'ą („Die Herzkrankheiten", 1939 met., 184 pusl.) kairiosios širdies nepakankamumas (insufficientia) elektrokardiogramoje duoda mažiau aukštą R_1, nusileidžiantį lanku ST_1 nuo R_1, T_1 neigiamą, S_3 gilų, P_2 gali būti neigiamas.

T_1 neigiamas yra ypač būdingas toksinės, degeneracinės ir infekcinės kilmės myokarditams (Uhlenbruck, 278 pusl.).

C. Korth („Klinische Elektrokardiographie", 1941 met., 129 pusl.) pabrėžia, kad T_1 neigiamas yra visuomet patologiškas (išskyrus situs inversus). Dar būtų įdomu prisiminti, kuriuos pakitimus duoda ekg. kairiojo skilvelio dilatacija ir hipertrofija. Tat mūsų atsitikimu yra svarbu aiškinant asthma

cardiale, esančią tik kairiojo skilvelio nepakankamuo atveju; nes levokardiograma gali būti vien del paprasto pakrypimo į kairę elektrinės širdies ašies, pvz., esant aukštai diafragmai, etc.

Tam tikslui dedama palyginimui ši lentelė (C. Korth, 80 pusl.):

	Levokardiograma del širdies padėties pakitimo (gulsčia padėtis)	Levokardiograma su kairiojo skilvelio dilatacija ir hipertrofija
P dantalis	P_3 dažnai neigiamas	Nepakitęs
QRS_1	R nepadidėjęs	R padidėjęs
QRS_2	R mažesnis	R mažas, dažnai aiškus S
QRS_3	R neigiamas, nepadidėjęs	R neigiamas, padidėjęs 0,09—0,11 sek.
QRS laikas	Normalus	ST nusileidęs ir į viršų konvex išlinkęs
ST_1 ir T_1	Nepakitę	T neigiamas ar išsilyginęs
ST_2 ir T_2	Nepakitę	ST dažnai nusileidęs ir konvex (mažiau pasireiškęs kaip I derivac.)
ST_3 ir T_3	ST nepakitę T kaip ir R (neig.)	ST dažnai iškilęs T priešingas R (teigiamas)

Taigi, labai aišku, kad turimas kardialinės astmos atsitikimas del myokardito. Chroniškas bronchitas tenka laikyti komplikacija, savo kosuliu dar labiau apsunkinančia širdies darbą.

Gydymas. Del gydymo priepuolio metu H. Ras („Medicina", 1942 metų 7 nr. gana plačiai pasisakė, todėl kartoti neverta. Tik norėčiau pridurti, kad tame straipsnyje ne viskas pasakyta apie asthma cardiale gydymą, o tik atitinkamai temai kalbėta greitosios pagalbos klausimu.

Kadangi asthma cardiale pirmiausia yra širdies nepakankamumo reiškinys, todėl čia labai tiktų digitalis. Teoriškai galvojant, rodos, aišku: nors ir praeis nuo morpium, ar kt. pan. vaistų priepuolis, bet mes tuo nesustiprinsime širdies, todėl tenka laukti, kad priepuolis vėl kartosis. Praktiškai taip ir yra.

Strofantinas labai greitai veikia, jau po kelių minučių, todėl priepuolio metu su sol. glucosae jis labai tiktų (del vietos stokos kontraindikcijų nebeminėsiu). Tačiau jo veikimo laikas daug trumpesnis už digitalio. Mūsų ligonis, gulėdamas antrą kartą klinikoje nuo 1942. I. 25 d. iki II. 6 d. (ligos ist. 609 nr.), gavo kasdien ¼ mg. strofantino su 20 ccm sol.

glucosae intra venam ir ol. camphor. su strychninum nitricum injekcijomis. Tiesa, klinikoje neturėjo nė vieno asthma cardiale priepuolio, bet namo sugrįžus pirmą naktį vėl pasikartojo ir vėl tą pačią dieną grįžo į kliniką (ligos ist. 991 nr., gulėjo nuo II. 6 d. iki II. 24 d.). Tai labai įdomus stebėjimas. O tie „gerieji" vaistai, už kuriuos ligonis buvo labai dėkingas, nuo kurių priepuoliai nesikartojo per 3 stebėjimo mėnesius, tai buvo žirneliai su fol. digitalis titr. ir mixtura solvens FMB. atkosėjimui (tiesa, dar gavo lašus: Rp. T-rae Strophanti, T-rae Lobeliae, Aqu. Amygdal. amar. āā 5,0; Rp.: T-rae Convallar. maj. 10,0 M.D.S. Po 25 lašus × 3).

Dar tektų pridurti, kad vis delto nėra vistiek, ar diagnozė asthma bronchiale ar cardiale. Jei adrenalinas tinka asthma bronchiale atveju, tai jis yra pavojingas, net griežtai kontraindikuotinas pagal D. Scherf'ą (289 pusl. „Klinik u. Therapie d. Herzkrankheiten") širdies raumens ir vožtuvų ydų atvejais, nes staiga pakelia kontrakcijų dažnumą ir kraujospūdį, kurs asthma cardiale atveju esti, ir be to, padidėjęs.

Del kamforos ir kofeino preparatų vartojimo šituo atveju gali būti nevienoda nuomonė. Šitie vaistai pagal P. Morawitz'ą („Lehrb. d. inn. Medizin", 1934 met., I t., 362 pusl.) daugiausia vartotini myocarditis acuta atveju. Jei būtų asthma cardiale be širdies nepakankamumo, tai gal ir netiktų. Mat, pvz., ol. camphor. turi pirmiausia centrinį veikimą, lėtą. O coffein turi tiek centrinį, tiek ir periferinį veikimą širdžiai ir vazomotorams (P. Uhlenbruck, 385 pusl.). Vien kairiosios širdies nepakankamumu, be kvėpavimo centro veikimo, bendriau išsireiškus — be centrinės nervų sistemos veikimo, asthma cardiale negalima išaiškinti. Todėl jaudinamasis centr. nervų sistemos veikimas būtų nepageidautinas, o stiprinamasis širdies veikimas — teigiamas. Kadangi mūsų atsitikimu širdies „stiprinimas", atrodo, veiktų labiausiai visų svarbiausią kardialinės astmos priežastį, todėl turėtų veikti teigiamai. Blogo veikimo ir nestebėjome. Priepuolio metu gera kombinacija būtų, pvz., coffein su morphium.

Nagrinėti daugelio kitų vaistų veikimą todėl, kad labai išplėstų temą, šitame straipsnyje nebeįmanoma.

Kadangi kortikaliniai smegenų centrai tikrai veikia kvėpavimo centrą, todėl, lengvais kardialinės astmos atsitikimais pats gydytojo atvykimas ir injekcija vien psichišku veiksmu (ligonis tiki pagalba, nusiramina), galima prileisti, galėtų veikti teigiamai.

Zusammenfassung.

Es wird ein Fall von Asthma cardiale auf Grund einer Myocarditis beschrieben. Häufige Anfälle, gute Digitaliswirkung. Es wird die Differentialdiagnose, Pathogenese und Behandlung des Asthma cardiale besprochen.

Vilniaus Un-to Akių klinikos gydytojų darbai.

(1942 m. XI. 27 d.).

I.

Doc. med. d-ras P. Kazlauskas.

Cysticercus cellulosae priekinėje akies kameroje*).

Cysticercus cellulosae tai kaspininės kirmėlės taenia solium, gyvenančios laibosiose žmogaus žarnose, viras (finna). Taenia solium randama pas viso pasaulio žmones, kur tik yra valgoma jos tarpinio šeimininko — kiaulės mėsa. Dar tarpiniais šeimininkais būna, be kiaulių, šunes, lokiai, beždžionės ir žmonės. Suvalgius žmogui nedavirtą kiaulės mėsą, apkrėstą taenia solium virais (cysticercus cellulosae), jų uodeginė pūslė suviršikinama viršutinėje laibųjų žarnų dalyje, o galvytė prisikabina vidurinėje laibųjų žarnų dalyje ir pradeda auginti narius, vadinamas proglotidas. Suaugusi kirmėlė taenia solium turi 2—3 metrus ilgio ir turi 800—900 proglotidų. Proglotidos su subrendusiais kiaušiniais atitrūksta nuo uodegos galo ir išeina su išmatomis. Proglotida dar juda ore, tik po kiek laiko kiaušiniai atsipalaiduoja ir lietaus būna išsklaidomi. Kiaušiniai yra apsupti tik plonos, lengvai sunaikinamos, plėvės. Vidurinė embrioninė plėvė yra stora, rusvoka. Ji yra 0,031—0,036 mm skersmens ir apsupa kūgio formos su šešiais kabliais onkosphaera.

Žmonės, ypač nevalyvi, dažniausiai užsikrečia, įsinešdami pirštais į burną taenia solium kiaušinėlių ar proglotidų. Galima užsikrėsti ir nuo nešvarių vaisių bei daržovių. Taippat retroperistaltikos būdu (vemiant) proglotidos gali patekti iš žarnų į skilvį. Skilvyje suviršikinamos proglotidos bei kiaušinėlių embrioninės plėvelės ir onkosferos, prasiskverbusios pro skilvio bei žarnų sieneles į kraujagysles, patenka į įvairius organus ir įstringa kapiliaruose. Tuo būdu jos kartais patenka ir į akis. Tik ką išlindęs iš kraujagyslės embrijonas, pailgas, pilkšvai baltas, mažytis padarėlis, vėliau išauga į virą (cysticercus cellulosae) — skaidrią pūslikę su balta dėme — galviniu speniu. Įsižiūrėjus matomi peristaltiški pūslės judesiai ir galvinis spenys, kaitaliojąs savo vietą. Kartais jisai iškiša savo galvą (scolex), palikdamas pūslę uodegos gale. Galvos gale yra 4 apskriti čiulptuvai ir tarp jų rostellum su 26—36 kabliukų vainiku. Kaklas raukšlėtas, prie pat galvos laibas,

*) Pagal pranešimą, skaitytą Vilniaus Univ-to klinikų gydytojų susirinkime 1942. XI. 27 d.

pūslės link eina storyn, nuolat juda čia susitraukdamas, čia išsitiesdamas, pasikreipdamas čia į vieną, čia į antrą šoną. Cysticercus cellulosae augimas ir buvimas pareina nuo to, kur jis yra patekęs, ir nuo šeimininko atsparumo. Ligi visiško cysticercus'o suaugimo reikia 2,5—3 mėn. laiko. Vienu atveju akies stiklakūnyje cysticercus cellulosae buvo stebėtas net 20 metų.

Cysticercus cellulosae mėgiamos vietos: paodis, raumenys, širdis, limfinės liaukos, kepenys, inkstai, plaučiai, liežuvis, kaulai, akys, stuburo kanalas ir smagenys. Mirties priežastimi gali būti: cysticercus cellulosae smagenų skilveliuose ir pagrinde cysticercus'o sukeltas meningitas. Cysticercus cellulosae yra dažniausias smagenų parazitas.

Bendrinė cysticercus cellulosae diagnostika.

1) Išmatų tyrimas. Galima rasti taenia solium kiaušinėlių ar jos proglotidų.

2) Kraujo tyrimas. Kaikurios kirmėlės duoda didelę eozinofiliją, pasak Borchard'o, del nugaros smagenų dirginimo savo cheminėmis medžiagomis — riebalinės rūgšties eilės aldehidais. Taip, anquillula intestinalis atveju eozinofilija būna ligi 85% (Langen), trichinozės atveju — ligi 81% (Page, Turner, Wilson), ankylostoma atveju — ligi 79% (H. Brugsch). Tačiau kirmėlių atveju nevisada būna eozinofilija (E. Theodor) ir kaip tik taenia solium atveju.

3) Tyrimai rentgeno spinduliais. Kartais matomi sukalkėję cisticercus'ai.

4) Imuninės reakcijos: a) komplimento surišimo reakcija, b) precipitino reakcija, c) kutaninė reakcija. Šitos reakcijos tinka taippat geriau susekti kitoms kirmėlių rūšims negu taenia solium.

Cysticercus cellusosae lokalizacija ir dažnumas.

Pirmą akies cisticerko atsitikimą aprašė 1667 metais Wendtland; tai buvo cysticercus palpebrae. Ligi oftalmoskopui atrandant (Helmholtz 1851 m.) tebuvo aprašinėjami cysticercus'o atsitikimai tik išorinės akies dalyse. Taigi, Sammering 1830 metais pirmas aprašė cysticercus'ą priekinėje akies kameroje; Baum ir Siebald 1839 metais aprašė cysticercus'ą akies obuolio junginėje. Graefe 1859 metais, jau pasinaudojęs oftalmoskopu, aprašė cysticercus'o atsitikimus užpakalinėje akies obuolio dalyje, stiklakūnyje ir tinklainėje. Jis yra aprašęs 80 cysticercus'o atsitikimų iš 80.000

akių ligonių. Tuo metu akių cysticercus'o atsitikimai pasitaikydavo palyginti dažnai, būtent, vienas — 1.000-čiui akių ligonių.

Cysticercus'o atsitikimų skaičius pradėjo žymiai mažėti po 1892 metų, kai, akių gydytojams paveikus, buvo įvesta griežtesnė veterinarinė kiaulių mėsos priežiūra. Pvz., Sattler rado tik 2 cysticercus'o atsitikimus iš 90.000 akių ligonių. Adamiuk rado tik 1 iš 50.000 akių ligonių. Petrogrado akių klinika rado tik 1 iš 70.000 akių ligonių. Prieš pasaulinį karą jau tebuvo vienas akių cysticercus 10.000 akių ligonių ar dar mažiau.

Po pasaulinio karo vėl buvo pastebėta akių cysticercus'o padažnėjimas. Sovietų Sąjungoje pasaulinio karo ir revoliucijos įtakoje pastebėtas žymus akių cysticercus'ų padažnėjimas. Įvairūs autoriai jau aprašo šimtus akių cysticercus'ų atsitikimų, k. a.: Lotin — 150, Talkowskij — 180, Levickij — 168, Balabonina mačiusi ištisą akių cysticercus'ų epidemiją. Visi atsitikimai iš 1917—1930 metų. Heilickman 1926 metais pateikė 30 akių cysticercus'ų atsitikimų statistiką iš 1.330.000 akių ligonių, būtent: 17 cysticercus subretinalis atsitikimų, 10 cysticercus corporis vitrei atsitikimų, 3 cysticercus subconjunctivalis atsitikimus (nota bene nė vieno cysticercus camerae anterioris atsitikimo).

Apie cysticercus'o lokalizaciją akyje dar nurodo šie duomenys. Wosgin iš 372 akies cysticercus'o atsitikimų rado: po tinklaine — 120, stiklakūnyje — 112, po jungine — 84, priekinėje akies kameroje — 26, orbitoje — 19, rainelėje — 7, lęšiuke — 2 ir ragenoje — 2. Pagal rusų statistiką Heilickman'o iš 1860—1925 m. iš 117 akių cysticercus'o atsitikimų rasta: užpakalinėje akies dalyje — 29, po jungine — 13, priekinėje kameroje — 3, lęšiuke — 2 atsitikimai.

Gišberg nurodo, kad įvairiose šalyse cysticercus'ai pasirenką tą ar kitą akies dalį, pvz.: Francūzijoje — dažniau po jungine, Anglijoje — užpakalinėje akies kameroje, Vokietijoje — užpakalinėje akies dalyje. Talko sako, kad cysticercus'o lokalizacija pareinanti nuo amžiaus. Pas vaikus būnanti dažniau po jungine, po 20 metų — priekinėje akies kameroje, nuo 20—30 metų — stiklakūnyje ir vyresniame amžiuje — po tinklaine.

Gišberg'o ir Talko teigimai, kad cysticercus'o lokalizacijai akyje turi įtakos kraštas ar amžius, kelia didelį abejojimą. To nepatvirtins ir mūsų žemiau aprašytas atsitikimas. Yra aprašyti atsitikimai kelių (2—3) cysticercus'ų vienoje akyje ir pasitaikiusių abiejose akyse kartu. Santykis tarp akių

cysticercus'o ir apskritai organizmo cysticercus'o, pasak V o s g i e n'o, esąs kaip 45:100, t. y. akių cysticercus'ai sudaro beveik pusę visų cysticercus'o atsitikimų.

Pirmieji cysticercus'o vystymosi akyje etapai tebuvo pasekti F u c h s'o vienu atveju. Paprastai mes matome jau gana išsivysčiusį cysticercus'ą drumzlinai pilkos pūslelės pavidalu, 2,0—2,5 mm ir daugiau dydžio su pilkai balta galvele viduje. Akies dugne pūslelė būna žalsvai melsvos spalvos ir jos kontūrai smarkiai laužia šviesos spindulius.

Akyje cysticercus dažniausiai būna po retina — cysticercus cellulosae subretinalis. Del atveikinio uždegimo jisai dažnai apauga kapsule. Augdamas vėliau kapsulę praplėšia ir vėl guli laisvas po tinklaine ar net prasikala į stiklakūnį. Cysticercus subretinalis atveju oftalmoskopuojant tinklainė ties ta vieta atrodo esanti išgaubta, kaip pilkšva pūslė su balsvais kraštais ir šviesiai balta dėmė galvinio spenio vietoje. Matomi peristaltiniai pūslės judesiai ir galvinio spenio judesiai. Cysticercus iridis atveju matoma balsva, apskrita pūslelė, atsikišusi į kamerą, su balta dėme ties viduriu. Dažnai matomas judąs, lyg banguojąs pūslės paviršius. Taippat būna cysticercus gyslainėje (chorioidea) ir krumplyne (corpus ciliare), iš kur dažnai prasikala į stiklakūnį. Cysticercus orbitae būna rečiau. Tegalima pažinti iš punkcijos, kur punktate randama daug NaCl. Būna taippat po jungine ir vokuose. Cysticercus priekinėje akies kameroje yra labai retas atsitikimas. Pasak B e r e n s'o (1936 m.), pasitaiko 3 atsitikimai 200-ams akies cysticercus'o atsitikimų. Rusų literatūroje per paskutinius 65 metus tėra aprašyti 7 priekinės kameros cysticercus'o atsitikimai. Iš viso literatūroje mano surinktomis žiniomis yra aprašyti 29 cysticercus cellulosae camerae anterioris oculi atsitikimai. Mūsų atsitikimas tuo būdu bus 30-tas, tad suprantama, kad tai labai retas atsitikimas. Pasirėmus H e i l i c k m a n'o ir B e r e n s'o statistika, jis pasitaikąs vieną kartą iš 2.925.978 akių ligonių. Tad tik kelių kartų okulistas gali vieną tokį atsitikimą stebėti.

Cysticercus cellulosae simptomatologija.

Atsitikimais, aprašytais G r i n š t e i n'o, B a r l a e m'o, G i r š l e r'o ir B e r z a n'o, cysticercus'ai priekinėje kameroje judėjo. Š e l g u n o v'o, R a b i n o v i č'o ir mūsų atsitikimais cysticercus'ai tik keitė savo padėtį kreipdami galvytę.

Intraokuliniai cysticercus'ai pradžioje duoda neryškius simptomus, todėl gali likti ir nepastebėti. Neilgai trukus stiklakūnis susidrumsčia, toliau užsikuria ir išsivysto iridocyclitis

su seclusio pupillae, cataracta ir viskas baigiasi akies obuolio atrofija. Skausmai atsiranda tik pasidarius iridocyclitui. Cysticercus'o priekinėje kameroje atveju ligonis skundžiasi regos susilpnėjimu, skausmais ir akies paraudimu. Paprastai būna iritis ar iridocyclitis su suaugimais. Iritis gali būti dar prieš pasirodant cysticercus'ui priekinėje kameroje, tebesant jam rainelės ar krumplyno kraujagyslėje (B e r z a n).

Prognozė rimta. Parazito nepašalinus, akis apanka ir sunyksta.

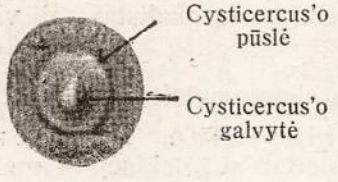
Terapija medikamentinė cysticercus'o negali paveikti — reikia operuoti ir cysticercus pašalinti. Lengviausia yra cysticercus pašalinti iš po junginės ir vokų; iš orbitos ir iš po tinklainės pašalinti sunkoka, o iš stiklakūnio beveik neįmanoma; iš priekinės kameros — vidutiniškai.

Mūsų atsitikimas.

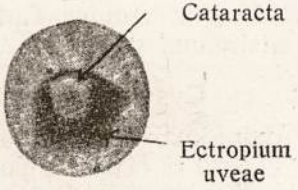
Mūsų ligonė, 6 metų amžiaus, atvyko į Vilniaus Univ-to Akių kliniką 1942. XI. 14 d., nusiskųsdama, kad jau šešis mėnesius skaudą kairiąją akį būk del to, kad jaunesnysis brolis užgavęs akį pirštu.

Ištyrus buvo rasta: a) Dešinioji akis nepakitusi. b) Kairioji akis žvaira, kiek primerkta, ašaroja, ašarotakiai nepakitę; vokų junginė kiek hiperemijuota, maža ciliarinė injekcija, ragena lyg rasota — nespindi; priekinėje kameroje, ties centru, uždengus vyziuką, randamas lęšiuko pavidalo pūslinis padaras, pilkai drumzlinos spalvos, šviesiai gelsvais kontūrais. Jo dydis horizontaliniame meridiane 4 mm, vertikaliniame — 5 mm. Beveik ties pūslės viduriu matoma pilkai balta, pailga, apie 2 mm dėmelė, gulinti horizontaliai. Rainelė matoma tik pakraščiuose, ji hiperemijuota, ties 5 val. tamsios spalvos. Gilesni akies tarpai neįžiūrimi. Regėjimo aštrumas — tik šviesos jutimas. Šitas padaras savo išvaizda tiek buvo panašus į lęšiuką, jog iš pradžių ir diagnozė buvo nustatyta — luxatio lentis in cameram anteriorem, ypač kad anamnezė sugestijonavo (užgavimas pirštu). Abejojimą del šitos diagnozės kėlė čia pilkai balta dėmė ties padaro viduriu, apvalūs pūslės kraštai ir lęšiuko struktūros nematymas. Todėl buvo įtartas cysticercus. Tyrimas plyšine lempa įtarimą patvirtino, nes jis parodė, kad tai yra pūslė, prisipildžiusi skysčio, kurios kontūrai stipriau laužia šviesą, aplink ją kameros vanduo drumstokas.

1-me paveikslėlyje matoma cysticercus'o pūslė, uždengianti vyzdį, ir balta galvytė (žiūr. 1 atv.).



1 a t v.



2 a t v.

Buvo padaryti šie p a g e l b i n i a i t y r i m a i:

1) Ištyrus išmatas (faeces), rasta daug ascaris lumbricoides kiaušinių. Taenia solium kiaušinių ir proglotidų nerasta.

2) Kraujyje pagal Schillingą rasti 5 eozinofilai.

3) Rentgeno prašvietimo duomenys: dešiniajame apatiniame plaučių lauke sukalkėjęs plaučių židinys. Dešiniojo hilus'o apatinis polius kiek patamsėjęs ir padidėjęs. Krūtinės ląstos kairioji pusė nepakitusi. Diafragma lygi, alsuojant gerai paslanki.

Serologinių reakcijų del serumo stokos negalima buvo Vilniuje padaryti.

Ligonę besekant klinikoje buvo pastebėta, kad pilkai balta galvutė juda. Ji nusileido žemyn ir pasisuko 90° kampu. Tuomet 100% buvo įsitikinta, kad čia yra cysticercus cellulosae camerae anterioris.

1942. XII. 1 d. padaryta operacija. Bendrinėje eterio narkozėje padarytas pjūvis su jietiniu peiliu viršuje pagal limbus corneae. Cysticercus savaime išėjo su priekinės kameros vandeniu. Išeidama pūslė trūko, turbūt, susižeidusi į aštrius ragenos pjūvio kraštus.

Nusiųsta ištirti į Patologinį Institutą.

Tyrimo po operacijos plyšine lempa padariniai:

Ragena drumstoka, ypač giliuosiuose sluogsniuose, lyg aprasojusi. Ragenos užpakalyje stamboki precipitatai, ypač ties centru ir viršutinėje dalyje. Priekinės kameros vanduo — drumstas. Rainelė hiperemijuota, atrofuota, turi keletą (4) sustorėjusių mazgelių, pakylančių nuo rainelės paviršiaus. Ties 1—3 val. stambus jungiamojo audinio ruožas, taippat iškilęs virš rainelės paviršiaus. Pigmentinis vyzdinis kraštas išsiverčia iš medialinės ir lateralinės pusės per vyzdžio kraštą ant rainelės paviršiaus juodos plėvelės pavidalu. Iš lateralinio vyzdžio krašto tai labiau pasireiškę. Viršutinis vyzdžio kraštas plačiai suaugęs su lęšiuko priekiniu paviršiaus. Ties 1—3 val. stambus jungiamojo audinio ruožas, taippat dalyje, susidrumstęs. Drumstis netaisyklinga, daugiau žiedo formos, balta, su gelsvu atspalviu.

2-me atvaizde matoma medialiai, apačioje ir lateraliai užpakalinis pigmentinis rainelės lapas, užsilenkęs ant priekinio rainelės paviršiaus, del užpakalinių sinechijų netaisyklingas vyzdis ir susidrumstęs lęšiukas. (žiūr. 2 atv.).

Matome, kad per palyginti neilgą savo amžių šituo atveju priekinės kameros cysticercus jau toli buvo pastūmėjęs akies naikinimo darbą. Jau toli buvo paženges iridocyclitis, sužadinęs rainelės atrofiją ir mazginius pakitimus, plačios užpakalinės sinechijos ir susidrumstęs lęšiukas. Neįprastas iridocyclito vaizdas rodo, kad cysticercus'o yra veikta chemiškai akis savo apykaitos produktais. Taippat jisai veikė ir mechaniškai, spausdamas rainelę bei lęšiuką.

Patologinio Instituto atsakymas: Corpus cysticerci.

XII. 23 d. Ragenos precipitatai sumažėję — nyksta. Priekinės kameros vanduo praskaidrėjęs. Rainelės hiperemiškumas sumažėjęs. Lęšiuko viršutinė dalis drumsta, pro apatinę dalį matomas dugno refleksas. Tėvams prašant, ligonė paleidžiama namo.

Išvados. Akių cysticercus'ai duoda sunkius pakitimus akyse, dažnai privedančius prie akies žuvimo. Žmogaus kirmėlės taeniae solium ir cysticercus'ai pasitaiko mažiau kultūringuose kraštuose, kur yra nepakankama mėsos priežiūra ir kur žmonės mažiau paiso higienos taisyklių. Norint neužsikrėsti taenia

solium kiaušiniais, reikalinga: plauti rankos prieš valgį, nuplauti prieš valgant vaisiai bei daržovės ir kiauliena, ypač tartiena, valgyti tik gerai išvirta.

Literatūra.

1) Avižonis, P.: Akių ligų vadovas. Kaunas, 1940 m. — 2) Balabonina, L. K.: „R. O. Ž." 1925 m., 8 nr. — 3) Börsan: „Ztbl. f. d. g. Ophth." XVIII t., 10—11 sąs. — 4) Braun, M. und Seifert, O.: Die tierischen Parasiten des Menschen. Leipzig, Verlag Kurt Kabitzsch. 1—2 t., 1925, 26 nr. — 5) Guliakov, M. F.: „Sov. Viestn. Oftalm." 1936, 9 t., 512 psl. — 6) Levickij, M. A.: „R. O. Ž.", 1929, X t., 4—5 nr. — 7) Melanowski, W. H.: „Klinika Oczna", 1928, 6 t., 65 psl. — 8) Monnig, H. O.: „Science Bull." 66 nr. Dept. of Agricult. — 9) Szidat, L. und Wigwnt, R.: Leitfaden der einheimischen Wurmkrankheiten des Menschen. Verlag Georg Thieme. Leipzig, 1939. — 10) Vasiutinskij, A. G.: „R. O. Ž.", 1926, 8—9 nr.

Autoreferat.

Die Zysticercus cellulosae-Finne des Bandwurmes taenia solium.

Wendtland beschrieb als erster im Jahre 1867 den Zystizerkus des Lides. Nach der Erfindung des Ophthalmoskops durch Helmholtz im Jahre 1851, begann man mit der Beschreibung des Zystizerkus des innern Auges. Bis zum Jahre 1892, d. h. bis zur Einführung der Kontrolle über das Schweinefleisch, kam der Zystizerkus öfters (1 auf 1000 Augenkranke) zur Beobachtung (Graefes Statistik). Später wurden diese Fälle seltener (1 auf 10.000 Augenkranke und sogar noch seltener). Der Zystizerkus der Vorderkammer des Auges ist eine recht seltene Erscheinung. Bis jetzt sind in der Literatur nur 29 Fälle des Zystizerkus der Vorderkammer des Auges beschrieben worden. Der Verfasser hat einen Zystizerkus der Vorderkammer des Auges bei einer sechsjährigen Patientin der Wilnaer Augenklinik beobachtet. Er erschien auf der Pupille des Auges in der Form eines Linsenbläschens, von 4 bis 5 mm Grösse und war in der Mitte mit einem weissen Köpfchen versehen. Er wurde durch Operation entfernt. Nach der Operation wurde festgestellt, dass der Zystizerkus eine Regenbogenhautentzündung mit grossen Praecipitaten, Regenbogenhautrophie, knotenförmige Verdickungen der Regenbogenhaut und Linsentrübung hervorgerufen hatte. Um sich vor der oben genannten Krankheit zu schützen, ist es erforderlich, vor dem Essen Hände, Obst und Gemüse zu waschen. Schweinefleisch soll nur dann gegessen werden, wenn es gut gargekocht ist.

II.

Gyd. K. Stungys.

Akių pakenkimai aitriomis cheminėmis medžiagomis*).

(Iš Vilniaus Univ-to Akių klinikos. Direktorius — doc. med. d-ras P. Kazlauskas).

Vienas iš jautriausių žalojimams organų yra žmogaus akys. Ypatingai daug pakenkimų pasitaiko aitriomis cheminėmis medžiagomis. Dažniausiai chemijos pramonėje arba kitose

*) Pagal pranešimą, skaitytą Vilniaus Univ-to klinikų gydytojų susirinkime 1942 m. lapkričio mėn. 27 d.

įmonėse, kur vartojamos cheminės medžiagos. Pasitaiko statybos darbe susižaloti kalkėmis, žemdirbiams sėjant — dirbtinėmis trąšomis. Simuliantai tyčia patys deginasi akis vengdami karo prievolės. Apsirikus vietoje skirtų vaistų įsilašinama t-ra jodi arba kitokių. Atsitinka ir pas mus kartais kriminalinių akių pakenkimų (išplikymų). Išplikymų priežastys: apvylimas meilėje, aistringas pavydas, neištikimybė. Paprastai dažniausiai akis pliko moterys. Per didįjį karą gana dažnai pasitaikydavo cheminių sužalojimų nuodingomis dujomis, kurių visų kenksmingiausios buvo dichloretilsulfidas — „iperitas".

Visų dažniausiai akys sužalojamos šiomis cheminėmis medžiagomis: ac. aceticum, ac. sulfuricum, ac. carbolicum, ac. hydrochloricum, ac. nitricum, šarmų skiediniais, spiritu, kalkėmis, dirbtinėmis trąšomis — superfosfatu, tomamilčiais ir kit. Į superfosfato sudėtį įeina fosforinė rūgštis, kurios anhidridas, susijungęs su vandeniu, sudaro metafosforinę rūgštį, kuri ir veikia *degindama*. Tomamilčiuose yra fosforinės rūgšties ir kalkių.

Cheminiai akių pakenkimai savo simptomais ir padariniais panašūs į šiliminius nudegimus. Čia ir ten audinių cheminė sudėtis pakinta, baltymai sukreša ir įvyksta celių nekrozė. Rūgštys su audinių baltymais sudaro kietą šašą — acidalbuminatą, kuris apriboja gilesnį jų veikimą, o šarmai — skystą šašą — alkalalbuminatą, kuris lengvai leidžia aitriai cheminei medžiagai skverbtis gilyn. Taigi šarmai paveikia gilesnius audinių sluogsnius. Pragraužia didesnes kraujagysles ir kartais sukelia gana didelius kraujavimus. Spiritas ardo baltymus, iš audinių atima vandenį. Kalkės su audinių baltymais sudaro kalkalbuminatą. Jos, patekusios į konjunktyvos skliautą plaunant ašaroms, pakelia akies aplinkos temp. nuo 32° iki 42°—44°.

Cheminiai pakenkimai skirstomi į tris stadijas: pirma — paraudimo arba paprasto uždegimo, antra — pūslių susidarymo, trečia — nekrozių stadija.

Drauge su akimis pakenkiama ir jų aplinka, veidas, vokai. Veido oda visai kitokios struktūros negu akių audiniai. Čia pirmojoje nuplikymo stadijoje gaunamas tik lengvas odos paraudimas. Antrojoje oda intensyviai paraudusi ir kaikur matomos pūslės, pilnos vandeningo skysčio. Trečiojoje — gilesni defektai, nekrozės. Gyjant vienur regeneruoja atrofiška oda, kitur susidaro stori randai, panašūs į Achilo sausgyslę. Vokai kartais visai nekrozuoja — a b l e p h a r i a, arba viršutinio voko kraštas suauga su apatinio voko kraštu — a n k y l o b l e-

Lietuvos [illegible] VALSTYBINĖ BIBLIOTEKA L 9615

pharon, arba vokai suauga su akies obuoliu — symblepharon.

Akių cheminių pakenkimų pirmojoje stadijoje gaunamas difuziškas arba mazguotas junginės paraudimas, kuris dažniausiai lokalizuojasi apatiniame skliaute, kadangi čia cheminė medžiaga ilgiau užsilaiko ir labiau paveikia. Kartais būna nedidelė konjunktyvos chemozė. Ragenoje dažniausiai šitoje stadijoje jokių pakitimų nėra. Gali kartais susidaryti plonos pūslelės, pereinančios į paviršutines erozijas. Daug konjunktyvinio sekreto. Vokų kraštai iš ryto sulipę.

Antrojojoje stadijoje akies aplinka patinusi. Didelė junginės chemozė su gausia sekrecija. Iš pradžių chemozė apsiriboja in fornice inferiore, vėliau pereina į bendrinę visos junginės chemozę ir lyg velenėliu užgula ragenos pakraščius. Chemozė laikosi keletą dienų. Kaikur junginė paraudusi, kraujuoja, bet dažniausiai būna pilkai baltos spalvos arba drebučių išvaizdos. Ragenos maitinimas sunaikinamas. Jos paviršius drumstas, infiltruotas, kartais apsinešęs žalsvai gelsvu sluogsniu. Lengvai gali išsivystyti ulcus. Gilesni akių pakitimai iš pradžių neįžiūrimi.

Trečiojoje nekrozės stadijoje junginė smarkiai chemoziška, patinusi, pilkai ar melsvai baltos spalvos, bejausmė. Nėra jokių uždegiminių reiškinių. Nekrozuotos junginės vietos iškrinta. Kartais gaunami kraujavimai del kraujagyslių sužalojimo. Jei nekrozė siekia giliau, tai paliečia episklerą ir sklerą. Ragena būna visiškai bejausmė, nešvari, vis labiau drumstėja, infiltruojasi. Rainelėje atsiranda uždegiminis procesas. Gali lęšiukas sudrumstėti ir išsivystyti katarakta. Paprastai ragenos infiltracija eina gilyn, išsivysto ulcus, hypopyon su kraujo priemaiša. Visa kamera gali prisipildyti pūlingo eksudato. Tokiais atvejais dažnai įvyksta perforatio corneae, prolapsus iridis, panophthalmitis.

Sunkiais akių išplikymo atvejais, kada plačiai paliečiamas veidas, vokai, gaunamas kartais neuritis retrobulbaris toxica. Galvojama, jog nekrozuotose masėse, vykstant chemiškiems pakitimams, atsiranda toksinų, kurie hematogeniniu keliu patenka į optinio nervo centrus ir sukelia minėtą susirgimą. Dr. Oskar Thies savo veikale „Die Verätzungen des Auges“ 1938 m. sumini du neuritis retrobulbaris toxica atsitikimus. Vienu atsitikimu buvo išsivysčiusios aiškios Stauungs-Papillae ir visiškos amaurozės, užtrukusios vienos akies 12 d., antros — 19 d. Po to vėl grįžo normalus matymas.

Pakenkimo laipsnis pareina nuo cheminės medžiagos kokybės, kiekybės, koncentracijos ir nuo jos veikimo laiko. Yos-

himoto, remdamasis eksperimentiniais tyrimais su triušių akimis, grupuoja aitrias chemines medžiagas pagal veikimo stiprumą šitaip: $NaOH > HCl > H_2SO_4 > HNO_3 > CH_3COOH > NH_4OH$. Kuria koncentracija jos pradeda kenkti, kuria palieka pastovius pakitimus, matoma iš šios lentelės: (žiūr. lentelę).

Lentelė.

Cheminė medžiaga	Koncentracija					
	$\frac{n}{10}$	$\frac{n}{5}$	$\frac{n}{2}$	n	2 n	3 n
NaOH	jokios žalos	laikinė žala	phthisis bulbi, leucoma			
HCl	„	„	laikinė žala	phthisis bulbi, leucoma		
H_2SO_4	„	„	„	„		
HNO_3	„	„	„	laikinė žala	phthisis bulbi, leucoma	
$C_2H_4O_2$	„	„	„	„	laikinė žala	phthisis bulbi, leucoma
NH_4OH	„	jokios žalos	jokios žalos	„	„	„

Pastaba: Laikinė žala — ragenos, konjunktivos, rainelės pakenkimas, praeinąs po kelių dienų, savaičių ar net mėnesių, pagal pavartoto skiedinio koncentraciją.

Išvengti didesnių akių pakenkimų galima tik tada, kai akis bus gerai išplauta per pirmąsias penkias minutes su 1% tanino skiediniu, arba silpnai parūgštintu vandeniu, ir jei plikymui panaudoto skiedinio koncentracija neprašoko $\frac{n}{2}$ išplikius su NaOH ir $\frac{n}{1}$ išplikius su HCl, H_2SO_4, HNO_3.

Wagenmann ir kiti autoriai tvirtina, kad sunkūs akių pakenkimai rūgštimis gana anksti duoda lęšiuko sudrumstėjimą. Guillerg tai išmėgino su gyvuliais ir patyrė, kad sunkūs sužalojimai anorganinėmis rūgštimis jau po 1½ val. duoda lęšiuko sudrumstėjimą. Tas pats Wagenmann ir Hoene ac. sulfuricum laiko kenksmingiausia iš visų rūgščių. Ji su

ragenos audinių celėmis sudaranti cheminį junginį, kuris lengvai duodąs nekrozę.

Terapija cheminių akių pakenkimų būna konservatyvi ir operatyvinė.

K o n s e r v a t y v i n ė t e r a p i j a. Suteikiant pirmąją pagalbą susižeidimo vietoje gerai išplauti vandeniu. Ligoninėje plaunama sol. physiologica. Išplikymų rūgštimis atveju vartojamas 1—2% sodos skiedinys, išplikymų šarmais atvejais — ½—1% acto rūgšties skiedinys arba 1% tanino.

Išplovus lašinama midriaticum, ol. lini ar kitokių aliejų arba įdedama skysto tepalo. Neblogai uždėti ant akių kompresėliai, primirkyti aliejuje arba storai pritepti ung. ac. borici. Išsiplikymų kalkėmis atveju pirmiausia reikia pašalinti iš konjunktyvos skliauto kalkių likučiai.

O p e r a t y v i n ė t e r a p i j a. Vokams ir veidui, vos tik jų audiniai pasveiksta, daromos įvairios plastinės operacijos. Akims sunkių sužalojimų atveju laikoma viena iš geriausiųjų gydymo priemonių, tai ankstyvoji lūpos gleivinės transplantacija — „Denig'o" plastika. Gydant konservatyviai ligos eiga užtrunka labai ilgai ir būna daug įvairių komplikacijų. Operatyvinė terapija sutrumpina gijimo laiką ir duoda geresnius pasveikimo padarinius. Tai rodo N e u m a n n'o statistika iš Varšuvos Universiteto Akių kl. Gydant konservatyviai buvo gauta 3 kartus daugiau visiško apakimo negu operatyviai. Pagerėjimų regėjimo aštrumo atžvilgiu buvo 39%, o gydant operatyviai — 76%. Kai operacijos būna padaromos ne vėliau kaip 6 val. po sužeidimo, pagerėjimai siekia 82%.

Mūsų klinikoje pastaruoju laiku buvo du atsitikimai akių pakenkimo aitriomis cheminėmis medžiagomis kriminalinio pobūdžio. Jauniems vyrams išplikytos akys moterų iš aistringo pavydo. Vienam — su ac. sulfuricum, antram — su ac. carbolicum.

1 atsitikimas. Ligonis, 32 m. amž., atvyko į kliniką 1942. X. 28 d. su šiais nusiskundimais: Negalįs užmerkti kair. akies. Be to, akis labai džiūstanti, ašarojanti. 1938 m. buvęs nuplikytas sieros rūgštimi.

S t a t u s s p e c i a l i s. Visas veidas ir kaklas padengti randais. Oda atrofiška, ekzema faciei. Dešiniosios akies vokų visai nėra — ablepharia, akies obuolys susitraukęs — phthisis bulbi, visas drauge su akiduobe iki pat orbitos kraštų padengtas kiek pūliuojančiomis granuliacijomis. Kairioji akis ašaroja, vokai ektropionuoti randų, lagophthalmus. Ragenos centras iki pat apatinio jos krašto padengtas baltai pilksvu randu, prie kurio užpakalinio paviršiaus priaugusi rainelė — synechiae anteriores. Kamera apatinėje dalyje sekli del rainelės sinechijos. Vyzdys netaisyklingas, ties 6 val. rainelės švarpla. Lęšiukas ir stiklakūnis skaidrūs. Dugnas aiškiai neįžiūrimas. V $<^{od=0}_{os=0,15}$. Ligonis del tokio savo paskutinės akies regėjimo aštrumo yra nustojęs 80% darbingumo.

XI. 5 d. padaryta plastinė kair. akies viršutinio voko operacija, modo Blaskovics.

XI. 27 d. naujasis vokas prigijo ir visai gerai užmerkia akį, pranyko lagophthalmus ir akies sausmė. Ligoniui pačiam prašant paleidžiamas į namus.

2 atsitikimas. Ligonis, 29 m. amž., 1940 m. buvo nuplikytas karbolio rūgštimi. Mūsų klinikoje gydėsi 1942 m. pradžioje ir lapkričio mėnesyje. Atvyko subjaurintu visu veidu. Dešin. ausies grybelio viršutinės pusės visai nėra. Vokai randų ektropionuoti. Akių užmerkti negali — lagophthalmus. Ragenų paviršiai išgaubti, padengti vaskuliarizuotais randais — staphyloma et leucoma corneae. Tik pačios viršutinės ragenų dalys kiek skaidresnės, pro jas matyti visai seklios kameros. Kiti akių tarpai neįžiūrimi. Regėjimo aštrumas abiejų akių — mato tik rankos judesį iš 10 cm. Plastinių operacijų dėka jam buvo padaryti abu viršutiniai vokai, kurie labai gražiai prigijo ir puikiai pavaduoja natūraliuosius. Kairiajai akiai ties 12 val. buvo padaryta optinė iridectomia, bet regėjimo aštrumas nepagerėjo del ragenos sudrumstėjimo. Del savo akių stovio ligonis yra nustojęs 100% savo darbingumo.

Pasirodo, jog Lietuvoje gana dažnai pasitaiko kriminalinių akių pakenkimų aitriomis cheminėmis medžiagomis. Tai matyti iš V. D. Un-to Akių Klinikos 1930—1934 metų duomenų. Per tą penkmetį klinikoje stacionariškai gydyta 2.351 ligonis, iš jų 13 būta su cheminėmis akių traumomis (išplikymais). Pavartotos cheminės medžiagos buvo ac. aceticum, ac. sulfuricum, ac. carbolicum ir šarmo skiedinys. Akių išplikymo priežastys buvo aistringas pavydas, neištikimybė, apvylimas. Išplikymo kaltininkai buvo bemaž visos moterys.

Iš 13 akių išplikymo atsitikimų visai apako 4 (30,8%). Trims žuvo po vieną akį, ir vienam vienos akies regėjimas sunyko iki 0,03. Sunkūs padariniai pasidarė devyniems iš trylikos (69,2%).

Varšuvos Un-to Akių klinikoje pagal N e u m a n n'o statistiką per 2½ metų buvo gydyta operatyviai 30 sunkių, 20 labai sunkių pakenkimų cheminėmis medžiagomis. Iš jų 12% susižeidė per neatsargumą, 34% — profesinio pobūdžio ir 54% kriminalinio. Be to, tuo pačiu laikotarpiu buvo gydyta konservatyviai 92 lengvi atsitikimai.

Akys, kaip regėjimo organas, yra neįkainojamas turtas žmogaus gyvenimui. Neveltui S c h ü l l e r savo dramoje „Wilhelm Tell" yra pasakęs: „Sterben ist nichts, doch leben und nicht sehen, das ist ein Unglück". Turėdama visa tai galvoje, Lietuvos visuomenė, kuriai rūpi savo krašto ekonominis gerbūvis ir kultūra, turėtų susirūpinti cheminiais akių pakenkimais.

Literatūra.

1) A v i ž o n i s, P.: Akių ligų vadovas.
2) A v i ž o n i s, V.: „Medicina" 1935 m., 479 psl.
3) E s s e r: „Klin. Mon. f. Aug." 92 t., 237 psl.
4) T h i e s, O.: Die Verätzungen des Auges.

Zusammenfassung.

Verätzungen der Augen werden am häufigsten durch folgende chemische Stoffe verursacht: Ac. aceticum, Ac. sulfuricum, Ac. carbolicum, Ac. hydrochloricum, Ac. nitricum und Kali- bezw. Natronlauge. Säuren fällen das Eiweiss der Gewebe. Sie machen einen festen Ätzschorf, welcher gewissermassen einen Schutzwall gegen das weitere Vordringen der ätzenden Substanz bildet. Alkalien lösen und verflüssigen das Eiweiss und besitzen die Fähigkeit, sowohl in der Fläche als auch in der Tiefe noch weiter in das Gewebe einzudringen. Da die chemischen Stoffe zuerst die Lider der Augen angreifen, ergeben sich auch hier verschiedene Komplikationen: Ablepharia, Entropium, Ectropium cicatriceum. Ist die Konjunktiva bulbi betroffen, so kann auch die darunter liegende Episklera und Sklera nekrotisieren. Die Cornea trübt sich mehr und mehr, und das ist der Beginn der weiteren Nekrose mit schweren und schwersten Komplikationen. In unserer Klinik befinden sich zur Zeit zwei Verätzungen mit chemischen Stoffen: eine mit Ac. sulfuricum und eine andere mit Ac. carbolicum.

III.

Gyd. L. Žemaitytė.

Keratitis parenchymatosa*).

(Iš Vilniaus Univ-to Akių ligų klinikos. Vedėjas — doc. med. d-ras P. Kazlauskas).

Šiandien man tenka pademonstruoti keletas atsitikimų su keratitis parenchymatosa. Ta proga norėčiau kiek plačiau išsitarti del šitos ligos.

Tai yra liga, kuri dar tyrinėjama ir del kurios esmės dar ir šiandien nėra vieningos nuomonės. Pirmasis šitą susirgimą aprašė Mackenzie (1840 m.), pavadindamas corneitis scrophulosa, susiedamas ją su kitais skrofuliniais reiškiniais. 1858-63 m. Hutchinson, ilgai ir išsamiai tyrinėjęs šitą ligą, plačiai aprašė, pavadindamas keratitis parenchymatosa, ir priskyrė prie paveldėto sifilio susirgimų. Jo nuomonė tik po ilgų ginčų medikų tarpe buvo priimta. Tačiau ji ir iki šių dienų galioja ir toje srityje iki šiol maža kas nauja yra susekta.

Daug kam yra žinoma Hutchinson'o triada (įgimtiniai sifilio požymiai): 1) dantys — viršutiniai kapliai lanku išpjautu kramtomuoju paviršiumi, 2) labirintinis kurtumas ir 3) keratitis parenchymatosa, t. y. chroniškas ragenos substantia propria uždegimas su gausia limfocitų, epitelinių bei gigantiškų celių infiltracija, turįs paly-

*) Pranešimas, skaitytas Vilniaus Univ-to klinikų gydytojų susirinkime 1942 m. lapkričio mėn. 27 d.

ginti gerybinę eigą ir paliečiąs priekinę uvejinio trakto dalį.

Prie šitų įgimtinio sifilio žymių priskiriamos dar šios: kaktos iškilimai — tubera frontalia (vad. „olimpinė kakta"), išblyškęs veidas, plokšti skruostai, balno pavidalo nosis, ozaena, lūpų kampuose balti radialiniai randai, nedidelis ūgis, chroniškas kelies sąnarių uždegimas, nuo periostito iškreipti blauzdikauliai turkiško kardo pavidalu, menka inteligencija, net idiotizmas. Žinoma, pacientas nebūtinai turi turėti visus šituos požymius, bet buvimas vieno ar keleto iš jų žymiai palengvina diagnozę.

Po Hutchinson'o ištisa eilė autorių domėjosi ir tyrė keratitis parenchymatosa, k. a.: Clausen, Cunningham, Terrien, Herzan, Hossman, Lazareskų-Popescu ir kit.

Šiais laikais visi sutinka, kad keratitis parenchymatosa yra vienas iš lues hereditaria požymių, tačiau dėl pačios ligos esmės vyrauja dvi nuomonės: 1) tai grynai sifilinis, bakterijinis susirgimas; 2) alerginis susirgimas.

Už pirmą nuomonę kalba tai, kad daugiau kaip 90% pacientų su keratitis parenchymatosa turi teigiamą Wassermann'o reakciją. Be to, ir anamnezės keliu galima nustatyti sifilio buvimas šeimoje (savaimingų abortų, negyvų kūdikių gimimo pasitaikymas). Be to, pas pacientą dažnai dar randame kurių nors iš anksčiau pažymėtų lues hereditaria požymių.

Tačiau, antrą nuomonę remia tie faktai, kad randama spirochetų tų naujagimių ragenoje, kurie neserga keratitis parenchymatosa, o ir atvirkščiai: labai retas iš pacientų, sergąs keratitis parenchymatosa, turi ragenoje spirochetų. Be to, bendrinis antiluetinis gydymas beveik neturi įtakos vietiniam susirgimui, net gi neapsaugo nuo antros akies susirgimo, kad ir gydymo metu. Tad Wessely (1911 m.) keratitis parenchymatosa net identifikuoja su keratitis parenchymatosa anaphylactica.

Antroji — allerginė teorija aiškinama šitaip: embrioniniame periode spirochetos, būdamos difuziškai pasklidusios foetus'o organizme, patenka ir į rageną ir ją sensibilizuoja. Vėlyvesniame periode, betkuris organizmo stovio pakitimas del nušalimo, traumos, nuovargio, endokrininių liaukų funkcijos pusiausvyros sutrikimo, pagaliau, del neišaiškinamų priežasčių, atpalaiduoja toksinus, kurie drauge su limfa patenka į sensibilizuotą rageną ir ten sužadina anafilaksinį uždegimą — keratitis parenchymatosa.

Liga dažniausiai pasireiškia 8—30 m. amž., rečiau — po 30 m., visai retai — po 40 m. Serga daugiausia moterys; įvairių autorių nuomone, pacientų tarpe būna iki 60% moteriškos lyties.

Keratitis parenchymatosa paliečia abi akis, tik dažniausiai nuo poros savaičių iki kelių mėnesių, ar net metų intervale. Pasitaiko net, kad begydant vieną akį, suserga ir antroji.

Keratitis parenchymatosa priskiriama prie giliųjų ragenos uždegimų. Ligos eigoje paprastai skiriame 3 stadijas.

I — stadium infiltrationis. Jau pačioje pradžioje, kai ligonis visai dar nieko nejaučia ir gal tik atsitiktinai tiriamas plyšine lempa, jau galima pastebėti nedidelis ragenos endotelio paburkimas. Pats ragenos paviršius tampa lyg apraso̧jęs, apsitraukęs migla, keratoskopiškas vaizdas gaunamas neaiškus, sujukęs. Vėliau, ties viduriu ar ties kraštais atsiranda pilksvų taškų ar juostelių pavidalo infiltratų, lydimų nedidelės ciliarinės injekcijos. Infiltratų kaskart vis gausėja, jie susilieja plotais ir pagaliau užima visą rageną, tačiau opų nepasidaro, todėl ir fluoresceinu nenusidažo. Po kelių savaičių nuo susirgimo pradžios ragena tampa visai blausi (matinė). Ligonis atvyksta į kliniką, skųsdamasis ašarojimu, šviesos baime, matymo pablogėjimu. Ir tikrai, matymo aštrumas kartais krinta iki pirštų skyrimo iš metro atstumo ar ir dar daugiau.

Žiūrėdami pro mikroskopą, matome, kad ragenos interstricialinis sluogsnis nusėtas limfocitų, epitelinių bei gigantiškų celių infiltratais, kurie randami tarp substantia propria skaidulėlių (lamelių). Membrana Descemeti susiraukšlėjusi, vietomis išsitempusi, ar net sprogusi.

Toliau eina II — stadium vascularisationis. Prie visų anksčiau minėtų reiškinių prisideda ragenos giliųjų sluogsnių vaskuliarizacija iš episkleros ir skleros. Pamažu kraujagyslės apsupa iš visų pusių rageną ir pradeda įauginėti į jos giliuosius sluogsnius, šakodamosi teptuko pavidalu. Tai apima visą ragenos plotą ir nudažo ją rudai raudonai. Akies dugno įžiūrėti visai neįmanoma. Taip trunka apie pusę metų laiko.

III — stadium reparationis — trunka nuo kelių mėn. iki kelerių metų. Tuo laiku vyksta ragenos skaidrėjimas nuo periferijos centripetaliai. Kraujagyslės obliteruojasi, nors ištisai ir neišnyksta. Infiltratai įsisiurbia, tik jų vietoje susiburia jungiamojo audinio celės. Dažnai centre lieka drumstys visam gyvenimui ir ilgai dar pasveikus byloja prityrusiam okulistui apie persirgtą ligą, o pacientui apsunkina matymą. Ap-

skritai, laikoma, kad matymo aštrumas gali atsistatyti iki 70% prieš susirgimą turėto. Pasitaiko ir lengvesnių, ar ir visai lengvų ligos formų.

Keratitis parenchymatosa sergant pasitaiko šių **komplikacijų:** Membrana Descemeti del ragenos parenchimos infiltracijos susiraukšlėja, kitur vėl išsitempia, sprogsta ir nuo to lieka juostinės drumstys visam laikui. Jei įvyksta endotelio denudacija, drumstys kyla didelės ir ypač pastovios. Kartais ragena suplonėja taip, kad neatlaiko spaudimo, vyksta ectasia su astigmatizmo reiškiniais.

Ragenos pakitimus visuomet lydi ir priekinės uvejinio trakto dalies uždegimas: iritis, iridocyclitis. Iridociklito metu precipitatai, ilgai stovėdami prie užpakalinio ragenos paviršiaus, gali duoti pastovias drumstis. Ragenai praskaidrėjus, oftalmoskopuodami matome akies dugno periferijoje atrofinių ir pigmentinių židinių. Kartais pasilieka gausios rainelės sinechijos, nuo kurių gali kilti glaucoma secundarium, net phthisis bulbi. Retais atvejais ligos metu ragena gali taip suplonėti, kad pasidaro staphyloma ar net gali kilti perforacijos pavojus.

Diferencinė diagnozė dažniausiai remiasi Wassermann'o reakcija ir kitomis lues hereditaria žymėmis. Panašus keratitis parenchymatosa būna ir l u e s a c q u i s i t a atveju (3—9% visų atsitikimų), bet paliečia tik vieną akį, dažniausiai tik ragenos dalį ir, kas svarbiausia, bendrinė antiluetinė terapija turi teigiamos įtakos ligos eigai.

K e r a t i t i s p a r e n c h y m a t o s a t u b e r c u l o s a taippat paliečia tik vieną akį, ar ragenos dalį, bet turi žymiai lėtesnę eigą, ragenoje matyti išmėtytų gelsvai baltų židinių (tuberkulių), pačiame organizme būna tuberkulozinių liaukų patinimų, Mantoux reakcija teigiama, o Wassermann'o — neigiama.

T r i p a n o s o m i a s i s ar l e p r a ligose keratitis parenchymatosa esti drauge su kitais tų ligų požymiais.

K e r a t i t i s p a r e n c h y m a t o s a a n a p h y l a c t i c a, kurs net identifikuojamas su k e r. p a r. l u e t i c a, niekuomet neduoda teigiamos Wassermann'o reakcijos.

Gydymas. Kaip esame matę, ligos prognozė quo ad visum yra rimta, todėl yra būtina rūpestinga s p e c i a l i n ė t e r a p i j a. Skiriamas dideliais daviniais a t r o p i n a s — kaip apsaugojąs nuo sinechijų. Gerai veikia sausa šilima, tamsūs akiniai, apsaugoją nuo varginančios šviesos, poilsis. Ragenos skaidrėjimui pagreitinti duodama i r r i t a n t i a: ung. hydrarg. oxydat. flavi 2%, ung. noviformii 3%, dionini 2—8%, subkonjunktyvinės injekcijos hipertoninio NaCl skiedinio.

Bendrinė terapija ligai nedaug tepadeda, bet mes turime gydyti visą ligonį, norėdami apsaugoti jį nuo kitų sifilinių pakenkimų. Čia mes turime vieną pacientę nėščią, vadinasi, svarbu yra ir būsimo kūdikio sveikatos stovis. Vartojama, pagal gydytojų venerologų nurodymus, salvarsano injekcijos, hydrarg. preparatai, bismutum (ypač vaikams), kalium jodatum, proteino terapija, net maliarijos įskiepijimai. Be to, turi reikšmės iš prigimimo ligos nusilpnintam organizmui geras oras, maistas, stiprinamieji vaistai, švelnus personalo elgesys su ligoniu ir gydytojo padrąsinimas ilgos ligos eigos metu.

Prof. Berens iškelia vieną klausimą, ar gydytojas turi ir kaip aiškinti pacientui apie jo ligą? Šiuo metu, kai beveik visi žino apie venerines ligas, salvarsano kursus, Wassermann'o reakciją, mes to nenuslėpsime ir, nors ir jautriam pacientui, turime pasakyti. Turime paaiškinti, kad jis del to nekaltas, liga paveldėta, bet nenurodyti ir nesigilinti iš ko, būtent, kad nekiltų konflikto tarp paciento ir jo tėvų. Prof. Berens pataria gydytojams, išskyrus kai kuriuos atvejus, saugoti, kad apie tai nesužinotų giminės, nes tuomet galėtų kilti bereikalingų tragedijų, pesimizmo ir baimės del kažin ar kada būsimo aklumo, progresyvinio paralyžiaus, steriliškumo ir pan. Yra pastebėta, kad keratitis parenchymatosa trečiai generacijai nepersiduoda ir toks jaudinimasis būtų bereikalingas. Del to patariama, pagal aplinkybes, pacientams, sergantiems keratitis parenchymatosa, taikyti bendrinė terapija oftalmologinėje klinikoje, konsultuojant gyd. venerologui, o ne dermato-venerologinėje institucijoje, kur gydomi pirminiai susirgimai ir kur lankydamasis ligonis gali nekaltai nukentėti visuomenės opinijos atžvilgiu.

***

Dabar pademonstruosiu Tamstoms 3 ligones, sergančias keratitis parenchymatosa. Visos jos serga jau daugiau kaip 20 metų, vadinasi, turi lues hereditaria tarda, dvi iš jų net gi daugiau kaip 30 metų.

I. Stadium infiltrationis pereina į stadium vascularisationis.

Ligonė E. V., 37 m., atvyko į ligoninę XI. 20 d. Susirgusi prieš porą savaičių, staiga pradėjo blogai matyti, bijoti šviesos. Gydžiusis vietinėje ambulatorijoje. Wassermann'o reakcija +++ (XI. 13 d.). Konstatuota kairiosios akies didelio laipsnio ciliarinė injekcija, ragena visa sudrumstėjusi, rainelės aiškiai nematyti.

$$\text{Visus} \begin{cases} \text{od} = 1{,}0 \\ \text{os} = \frac{1}{\infty} \end{cases}$$

Paskirta sol. atropini, dioninum 2%, šilima, ung. hydrarg. oxyd. flavi.

XI. 25 d. Viršutiniame kairiosios ragenos pakraštyje yra prasidėjusi vaskuliarizacija: kraujagyslės eina iš giliųjų skleros sluogsnių centripetaliai ir šakojasi teptukų pavidalu.

II. Stadium vascularisationis oculi dextri.

Ligonė V., 33 m. Dešinioji akis serga 2½ mėn. Iš ragenos pakraščių link centro eina gausios kraujagyslės. Ragena drumsta, akis sudirginta, konjunktyvinė ir ciliarinė injekcijos, šviesos baimė, ašarojimas.

Stadium reparationis oculi sinistri. Ragena iš pakraščių jau skaidrėja. Serganti apie 6 mėn. Gydžiusis ambulatoriškai. W. R. ++. Atvykus į ligoninę, konstatuota junginės paburkimas, ciliarinė injekcija, ašarojimas, šviesos baimė. Ragena visai drumsta. Visus od. ir o.s. = $\frac{1}{\infty}$. Gauna specialinį ir bendrinį gydymą. Ligoninėje iki šio laiko (apie 2 mėn.) akių stovis čia pagerėdavo, čia pablogėdavo.

III. Stadium reparationis. Ligonė Z., 21 m., serganti 3½ mėn. Atvyko į ligoninę del skausmų, kair. akies ašarojimo ir blogo matymo. Konstatuota: oc. sin. akis sudirginta, ciliarinė injekcija, ragena drumsta. Visus: oc. d. = 5/5, oc. sin. = $\frac{1}{\infty}$. Buvo paskirta sol. atropini, collargol 3%, dioninum 2%, šilima. Vėliau ragena pradėjo skaidrėti nuo periferijos, injekcija išnyko, akis nusiramino. Dabar liko tik drumstis ragenos centre. Visus oc. sin. XI. 27 d. = 5/20.

Iš viso, kas aukščiau pasakyta, mums aišku, kaip skaudžiai sifilis paliečia brangiausį žmogaus turtą — akis ir tai ne tiek paties luetiko, kiek jo vaikų — vienoje iš paveldėto sifilio formų. Todėl ir okulistams tenka prisidėti prie intensyvios kovos su sifiliu.

Literatūra.

1. Avižonis, P.: Akių ligų vadovas, Kaunas 1940.
2. Berens: The eye and its diseases. Cambridge 1936.
3. Duke-Elder, S.: The text-book of ophthalmology. II, Philadelphia and London 1938.
4. Fuchs, E.: Lehrbuch d. Augenheilkunde. Leipzig u. Wien 1922.

Zusammenfassung.

Nach einem historischen Überblick wird bemerkt, dass die Parenchymatöse Hornhautentzündung ein Merkmal von angeborener Syphilis ist und zur Hutchinsontrias gehört. Über diese Krankheit gibt es unter den Autoren zwei Meinungen: 1) es sei eine reine syphilitische Erkrankung und 2) eine anaphylaktische. Das klinische Bild zeigt 3 Stadien: 1) Infiltration, 2) Vaskularisation, 3) Reparation. Nach überstandener Krankheit können ernste und dauernde Komplikationen zurück bleiben. Gewöhnlich kann bis zu 70% der früher gewesenen Sehschärfe erhalten bleiben.

Es werden 3 Patienten mit Parenchymatöser Hornhautentzündung auf Grund angeborener Lues in verschiedenen Krankheitsstadien demonstriert. Alle sind weiblichen Geschlechts im Alter von 21 bis 37 Jahren.

IV.

Gyd. J. Jėčius.

Piktybiniai intraokuliniai navikai*).

(Iš Vilniaus Univ-to Akių ligų klinikos. Vedėjas — doc. med. d-ras Petras Kazlauskas).

Tiek visi žmogaus organizmo organai, tiek ir akis nėra laisva nuo piktybinių navikų pasireiškimo. Iš piktybinių navikų, pasitaikančių akies viduje, būna dažniau pirminiai, negu metastaziniai. Iš pirminių navikų beveik absoliučiai vyraujančią vietą užima sarkomos. Žinant, kokius sunkius padarinius sukelia akies piktybiniai navikai, labai svarbu arčiau susipažinti su jų kliniška pasireiškimu ne tik okulistui, bet ir kiekvienam gydytojui.

1. Rainelės sarkoma.

Rainelės sarkoma sudaro 6% visų intraokulinių sarkomų. Beveik be išimties būna daugiau ar mažiau pigmentuotos melanosarkomos. Pasireiškia dažniausiai laikotarpyje tarp 30 ir 60 m. amžiaus. Jos išsivysto iš rusvų dėmelių, iš mažens esančių rainelėje. Šitos dėmelės yra susidariusios dauguma iš chromatoforinių celių. Tačiau šitos celės yra daugiau pigmentuotos ir stambesnės, negu kiti rainelės stromoje esą chromatoforai. Šitose dėmelėse, arba vadinamuose rainelės apgamuose (naevus) esti prisimaišiusių ir nepigmentuotų išsišakojusių rainelės stromos celių. Sattler ir kiti autoriai tokius apgamus vadina melanomomis. Pažymėtina, kad rainelės sarkomos lokalizuojasi daugiausia jos apatinėje dalyje. Ankstyvoje savo augimo stadijoje melanosarkoma čia atrodys kaip gelsvai rudas mazgelis, kuriame matyti išsiplėtusios viena ar kelios kraujagyslės. Kartais jau pačioje pradžioje įvyksta kraujavimai iš sarkomos į priekinę kamerą. Beaugdamas navikas pasiekia užpakalinį ragenos paviršių, ragena pasidaro truputį blausi (matinė), regėjimas sumenkėja. Navikas, pasiekęs priekinės kameros kampą per Schlemm'o kanalą ir sklerą, prasiveržia į išorę po konjunktyva. Antra vertus, rainelės navikas iradijuodamas gali lengvai prasiveržti į krumplyną ir gyslainę. Rainelės sarkoma metastazių retai teduoda. Jos pigmentacija būna įvairi įvairiose jos vietose. Visai nepigmentuotų rainelės sarkomų, leukosarkomų, pasitaiko labai retai. Išimtiniais atvejais rainelės sarkoma išsi-

*) Pagal pranešimą, skaitytą Vilniaus Universiteto klinikų gydytojų susirinkime 1942 m. lapkričio mėn. 27 d.

vysto iš mažos nuo vaikystės dienų rainelėje esančios raudonos dėmelės. Ją sudaro griežtai apribota teleangiektazija, kuri, daugelį metų išbuvusi nepakitėjusi, pradeda augti ir sarkomiškai išsigimti. Šitos rūšies sarkomos būna labai turtingos kraujagyslėmis ir todėl dažnai pasitaiko kraujavimas į priekinę kamerą. Rainelės sarkomos didele dauguma sudarytos iš ankštai viena prie kitos susiklosčiusių šeivinių celių. Pasitaiko prisimaišiusių apskritos formos celių. Pigmentas celėse pasiskirstęs dulkelių ir didesnių granulių pavidalu.

Rainelės melanosarkoma diagnozuoti nesudarys ypatingų sunkumų. Kitaip būna su leukosarkomomis. Jos tenka diferencijuoti su rainelės cista, cisticercus'u, įvairiais granuliaciniais gumbeliais, tuberkulioziniais mazgais, sifilinėmis gumomis ir net svetimkūniais. Gydymui pakanka paprastos rainelės iridektomijos, kol auglys yra apsiribojęs tik rainele. Bet jeigu navikas beaugdamas yra pasiekęs priekinės kameros kampą, arba šalia jo rainelėje matoma dar daugiau įtartinų mazgelių ar dėmelių, tada būtinai reikia akis enukleuoti, nepaisant jos regėjimo laipsnio.

2. Rainelės navikai epitelinės kilmės.

Rainelės navikai epitelinės kilmės pasitaiko labai retai. Jie yra ektoderminio kilimo ir sugretintini su odos ar konjunktyvos apgamų karcinomomis. Šitos rūšies navikai išsivysto iš vad. K o g a n e i celių, kurios lokalizuojasi daugiausia rainelės pašaknies ir sfinkterio srityje, bet yra atkeliavusios iš rainelės pigmentinio epitelio sluogsnio. Pradžioje toks navikas priekiniame rainelės paviršiuje neduoda jokių pakitimų, tik pačią rainelę truputį išgaubia į priekį. Vėliau vyzdys deformuojamas, rainelė prispaudžiama prie ragenos, lęšiukas dislokuojamas, pakyla akispūdis. Rainelės sfinkteris nepaliečiamas, tačiau naviko pagrinde esąs m. dilatator ir pigmentinio epitelio sluogsnis išnyksta. Minėtas epitelis išsilaiko tik naviko pakraštyje. Navikas labai purus, kadangi yra susidaręs tik iš poligonalinių, netaisyklingų celių be jokios tarpinės jungiamosios stromos. Visas navikas gerokai vaskuliarizuotas, celės pigmentuotos. Šitos rūšies navikai nepasižymi infiltruojamu augimu. Diferencijuoti reikės su krumplyno sarkoma ir rainelės pigmentuota cista, išeinančia iš užpakalinio rainelės paviršiaus. Cistos atveju transiliuminacija padės klausimą išspręsti. Gydymas — tik enukleacija, kadangi negalima žinoti, kaip toli navikas yra paženges į užpakalį akies.

3. Metastazinė karcinoma.

Metastazinė karcinoma rainelėje priklauso prie ypatingai retų atsitikimų, todėl jos kliniško vaizdo nė nenagrinėsiu.

Iš piktybinių navikų, pasitaikančių rainelėje, yra literatūroje žinomas vienas metastazinės hipernefromos atsitikimas, stebėtas Chance's.

4. Krumplyno sarkoma.

Krumplyno sarkoma sudaro 9% visų intraokulinių sarkomų. Dažnai ji pastebima tik tada, kai daugiau ar mažiau perauga sklerą ir pro konjunktyvą prasišviečia rusvas naviko atspalvis. Kitą kartą navikas beaugdamas atplėšia rainelę nuo pašaknio ir deformuoja vyzdį. Daugiausia gi pastebimas rainelės patamsėjimas ir sustorėjimas ties ta vieta, ties kuria navikas auga. Kai navikas prasiveržia į priekinę kamerą, tada periferinė rainelės dalis ties naviku išsigaubia kupros pavidalu. Pasiekęs lęšiuko pusiaujinį kraštą, jį traumuoja, sudrumsčia, o kartais ir naviko celės įsibrauna į lęšiuko audinius (Mitvalsky, Lawford). Iš krumplyno navikui prasiskverbus į stiklakūnį, beoftalmoskopuojant per išplėstą vyzdį galima pastebėti atsikišęs rusvas gumbelis, kurio paviršiuje matomos pavienės kraujagyslelės. Navikas krumplyno ribas į užpakalį retai pereina, retkarčiais gaunama difuziška sarkominė infiltracija į sveikus gyslainės audinius. Kai navikas įauga į stiklakūnį, tada dažnai atitrūksta sarkominių celių grupės ir nusėda netoliese naviko arba plaukioja po stiklakūnį. Navikui nekrozavusis neretai gaunamas iridocyclitis ir šitojo sukelti reiškiniai gali užtušuoti paties naviko buvimą. Beaugąs navikas sukelia antrinę glaukomą ir retkarčiais tinklainės atšokimą. Krumplyno sarkoma, atrodo, daugiausia prasideda ciliarinio raumens jungiamajame audinyje ir tik retai krumplyno krumpliuose. Kaikada pasitaiko, kad sarkoma apauga žiedu visą rainelę jos periferijoje. Histologiška krumplyno sarkomos struktūra tokia pati, kaip ir rainelės sarkomos. Dauguma būna pigmentuotos sarkomos. Jos nekrozei daugiau linkusios kaip nepigmentuotos.

Krumplyno sarkomos diagnozavimas dažnai bus labai sunkus, nes ji del savo topografinės padėties sunkiai prieinama. Diafanoskopija daugeliu atvejų irgi nieko neduos. Tačiau vos tik diagnozė paaiškėja, gydymas turi būti radikalus — tučtuojau enukleuotina akis.

5. Krumplyno navikai epitelinės kilmės.

Krumplyno navikai epitelinės kilmės yra analogiški aukščiau minėtiems rainelės navikams. Jie išeina iš krumplyno pigmentinio epitelio, atseit, yra ektoderminio kilimo. Jie pasitaiko labai retai. Pirmą kartą tos rūšies naviką yra aprašęs 1891 m. Treacher Collinas. Vėliau aprašinėjo John Griffith, Fuchs ir kiti.

6. Metastazinės karcinomos.

Metastazinės karcinomos krumplyne pasitaiko labai retai. Jos pastebimos jau tada, kai paliečia ir rainelę.

7. Gyslainės sarkoma.

Šitas navikas užima vyraujančią vietą visų uvejinių navikų tarpe ir sudaro 85% visų intraokulinių sarkomų. Tačiau, apskritai paėmus, tai gana reta akių liga, nes pasitaiko 4—6 atsitikimai iš 10.000—35.000 akių ligonių. Pagal mano apskaičiavimą, imant pagrindu Vilniaus akių ligų ligoninės, I Poliklinikos ir II Poliklinikos akių ligonius, pirmą kartą atsilankiusius 1941—1942 metais, apytikriai gaunamas 1 gyslainės sarkomos atsitikimas 2.700 ligonių. Vyrai ir moterys gyslainės sarkoma suserga vienodai dažnai 40—60 metų amžiaus laikotarpyje.

Sarkoma gali pradėti augti kiekvienoje gyslainės vietoje, bet mėgiamiausia jos vieta — užpakalinė gyslainės dalis. Todėl akylesni ligoniai jau gana anksti pastebi, kad akyje kažkas nebegero vyksta. Tokie asmens skundžiasi mirgėjimu, blyksėjimu akyse; daiktus mato iškraipytus, netaisyklingais kontūrais; akiplotyje atsiranda aklų vietų. Jeigu navikas yra netoliese geltonosios dėmės, tai centrinis regėjimas regresuoja ir regėjimo aštrumas krinta iki 0,1 ar dar mažiau. Pradžioje, kartais matoma akies išorėje keletas išsiplėtusių kraujagyslių. Oftalmoskopuodami pastebėsime akies dugne rusvos spalvos paplokščią išsigaubimą, virš kurio pereina pavienės tinklainės kraujagyslės. Kitkart prasišviečia paties naviko kraujagyslės ir jo pigmentacija. Sarkoma daugiau auga į aukštį, t. y. stiklakūnio link, kaip į plotį. Retkarčiais auglys apauga optinio nervo papilą aplinkui ir tada matoma, kaip retininės kraujagyslės sueina į papilą, lyg į kokį krateri. Tinklainė pradžioje esti prisiglaudusi prie naviko, o vėliau pradeda atšokti. Dalinis ar visiškas tinklainės atšokimas įvyksta nepareinamai nuo naviko dydžio. Įvykus tinklainės atšokimui, regėjimo aštrumas smarkiai krinta. Navikui beau-

gant intraokulinis tuštimas mažėja, kraujo apytaka gyslainėje pasunkėja ir, kaip to išdava, pakyla akispūdis. Priekinė kamera pasidaro sekli, išorinės ciliarinės venos dar daugiau išsiplečia ir akis apanka. Dažnai akispūdis pakyla priepuoliais ir viskas labai primena ūminės glaukomos atsitikimą. Daugelį ligonių kaip tik šitie priepuoliai ir priverčia atvykti į ligoninę. Kitais kartais sunkaus iridociklito vaizdas užmaskuoja sarkomos buvimą. Akis smarkiai sudirginta, skaudama, jos judrumas sumažėjęs ir del Tenon'o kapsulės įdegiminio subrinkimo iššokusi į priekį. Visą šitą reiškinių kompleksą sukelia naviko nekrozė, kuri gyslainės sarkomoje neretai pasitaiko. Praėjus ūminiam uždegimui, akis pradeda atrofuoti, savyje slėpdama nekrozinį naviką. Kurį laiką gali viskas aprimti ir tik vėliau vėl staiga pasirodyti, bet jau epibulbarinio auglio pavidalu.

Labai retais atvejais įvyksta sveikosios akies simpatinė oftalmija, po praėjusio audringo iridociklito sąsyjyje su sarkomos nekroze (M i l l e s, L e b e r, F u c h s, M e l l e r).

Anksčiau ar vėliau gyslainės sarkoma prakiurdo sklerą arba, išlindusi pro kraujagyslių ar nervų angas, pradeda vešėti retrobulbariai. Glaukominiai skausmai aptyla, bet beaugąs navikas pradeda akies obuolį išstumti į priekį. Akies obuolio judrumas sumažėja, pats obuolys dislokuojamas į vieną ar į antrą pusę, žvilgsnio laukas susiaurėja. Iš čia navikas gali lengvai peraugti aplinkinius sinusus ir prasiskverbti net iki smegenų.

Gyslainės sarkomos piktybingumas pasireiškia ypatingu palinkimu metastazuoti į vidaus organus. Daugiau kaip pusė visų metastazių pakliūva į kepenis. Daugiau pigmentuotos gyslainės melanosarkomos labiau metastazuoja kaip leukosarkomos. Metastazės įvyksta beveik vienodai dažnai, ar akis buvo išimta pradinėje naviko augimo stadijoje ar vėlyvesnėje (H i p p e l). Į kepenis metastazuoja daugiau tokiems asmenims, kurie del kurios nors priežasties turi pasunkėjusį kvėpavimą (A x e n f e l d). Sustiprėjus kvėpavimo judesiams, metastazė iš v. cava sup. pro dešinįjį priešdrį ir skilvelį įsiurbiama į v. cava inf. ir v. hepatica. Tokiu keliu įvyksta retrogradinė metastazės kelionė į kepenis. Suprantama, kad naviko celės gali būti išnešiojamos ir arterijinės sistemos embolų pavidalu. Tokiu atveju įvyks naviko generalizacija daugelyje organų. Visais šitais atvejais, kai navikas metastazuoja į vidaus organus, ligonis miršta po 1—13 metų.

Gyslainės sarkoma beaugdama pasireiškia dvejopai: p o l i p i š k a i, kaip koks grybas, ir paplokščiai, d i f ū z i š k a i

(Mitvalsky, Fuchs). Pirmojo pobūdžio sarkomos prasikiša į stiklakūnį gana giliai kaip koks grybas; antrosios gi būna laibos, bet savo infiltruojamu augimu užima didelius gyslainės plotus. Del pastarosios aplinkybės difūziškos sarkomos jau labai anksti sukelia didesnio laipsnio akispūdį. Be to, šitos rūšies sarkomos turi ypatingą palinkimą peraugti akies obuolio sieną.

Histologiškai gyslainės sarkomas didele dauguma sudaro šeivinės celės dailiomis ataugėlėmis. Tačiau būna prisimaišiusių apskritų ir poligonalinių celių. Šeivinės celės susidėsčiusios į laibesnius ar storesnius ryšulėlius, o poligonalinės guli be jokios tvarkos pasidariusiose nišose iš smulkių kraujagyslių. Naviko celės guli betarpiškai prisiglaudusios prie smulkių kraujagyslelių sienos. Kraujagyslių sienų tarpsluogsniuose randama sausakimšai prisikimšusių naviko celių. Juo daugiau yra kraujagyslių ir juo plonesnės jų sienelės, tuo greičiau sarkominės celės prasiveržia į kraujo apytaką. Fuchs ir Sattler yra radę sarkominių celių gyslainės kraujagyslėse, visai atokiai esančiose nuo paties naviko. Iš to galima suprasti, kaip lengvai gali įvykti sarkomos metastazavimas.

Didesnė dalis gyslainės sarkomų yra daugiau ar mažiau pigmentuotos rusvu melaninu. Todėl ir vadinamos melanosarkomomis. Prabėgomis reikia pastebėti, kad melanozinių akies navikų kilmė dar neturi vieningos nuomonės. Vieni tyrinėtojai jiems suteikia mezoderminę kilmę, o antri — ektoderminę, atseit, vieni šitos rūšies navikus nori matyti sarkomų, o kiti — karcinomų tarpe. Ribbert, Taskiro, Sattler ir kiti yra nuomonės, kad uveos pirminių sarkomų celės ir tų celių pigmentas yra mezoderminio kilimo ir todėl sarkominių celių progenezėje bus chromatoforai, o ne retinos pigmentinio epitelio celės. Tas pats Sattler tvirtina, kad šitų sarkomų celių pigmentas yra ne hematogeninio, o autogeninio pobūdžio.

Iš to, kas aukščiau pasakyta, aiškėja, kad gyslainės sarkoma duoda labai sunkių padarinių, todėl ankstyvos diagnozės klausimas yra labai svarbus. Pradžioje ligos aukščiau aprašytieji subjektyviniai ir objektyviniai simptomai yra gana būdingi. Tačiau išplytėjęs tinklainės atšokimas dažnai naviką užmaskuoja ir reikia diferencijuoti tarp paprasto tinklainės atšokimo ir naviko. Aplamai paėmus, galima sakyti, kad kiekvienas tinklainės atšokimas, konstatuotas asmenims, turintiems daugiau kaip 40 metų, ir įvykęs be jokios traumos arba nesant didelio laipsnio žemažiūrumui, turi sukelti naviko įtarimą. Ir ypač tada, kai akispūdis ne tik ne sumažėjęs, bet

dargi padidėjęs. Be to, atšokusios retinos dalis mažiau raukšlėta esant navikui, kaip prie paprastos ablacijos. Toliau, paprastos ablacijos atveju defektas regėjimo lauke gali keisti savo vietą, o esant navikui toks defektas tik plytėja, bet vietos nekeičia. Labai svarbi pagalbinė priemonė gyslainės navikui diagnozuoti, tai akies obuolio transiliuminacija. Peršviečiant akies obuolį ties ta vieta, kur yra navikas, vyzdys nenušvis raudonai, kaip turėtų būti ablacijos atveju, bet paliks tamsus. Jeigu sarkoma maža ir lokalizavusis užpakaliniame akies poliuje, tai gera rentgeno nuotrauka gali šį tą padėti. Galima pabandyti padaryti šlapimų analizę pajieškant melanino, bet nevisuomet jis pasiseks surasti, nors žmogus ir sirgtų melanoziniu augliu. Kai kas siūlo daryti mėginamąją punkciją, bet nuo to reikia griežtai atsisakyti, nes padariniai gali būti labai liūdni, o sarkominių celių įtraukti į švirkštą gali ir nepasisekti.

Prasidedanti infiltruojama sarkoma reikia diferencijuoti su šviežiu chorioiditu ar tuberkuliozinių židiniu. Pastaraisiais atvejais dažniausiai būna pakitimų ir retinoje. Dar tenka diferencijuoti su glaukoma, ūminiu iridociklitu, subretininiu cisticercus'u, retinos glioma, metastazine karcinoma ir gerybine angioma.

Prognozė labai pareina nuo to, kurioje stadijoje ligonis kreipiasi į gydytoją. Nors apskritai, kas liečia akį — prognozė blogiausia, o kas liečia ligonio ateitį, tai ji neaiški. Atsitinka, kad navikas po enukleacijos recidivuoja orbitoje ir pradeda augti iš naujo. Reikia atsiminti, kad vos tik navikas praauga retrobulbariai, tai ir po akies enukleacijos yra didelis pavojus naviko recidivo orbitoje. Apskritai, jeigu per ketverius metus po enukleacijos recidivas neįvyksta, tai galima beveik su tikrumu pasakyti, kad neberecidivuos. Tačiau P a w e l stebėjo vieną atsitikimą, kai recidivas įvyko po 30 metų. F u c h s apskaičiuoja tik 6% pastovių pasveikimų po akies enukleacijos. O kiti priskaičiuoja iki 50%. Todėl S a t t l e r mano, kad tikrasis procentas bus kažkur ties anų abiejų viduriu.

Iš to jau aišku, kad vos tik diagnozė tikrai paaiškėja, reikia akis neatidėliojant enukleuoti. O jeigu paaiškėja, kad navikas jau yra perauges retrobulbariai, tenka padaryti orbitos ekzenteracija. Rentgeno — ir radioterapija taikytina tik tais atvejais, kai ligonis nuo enukleacijos atsisako, kai serganti akis yra paskutinė dar šiek tiek matanti, visais nebeoperuotinais atvejais, po recidivo orbitoje ir po kiekvienos enukleacijos ar ekzenteracijos, atliktos dėl piktybinio naviko.

Dabar pateikiu keturis gyslainės sarkomos atsitikimus, pasitaikiusius Vilniaus Univ-to Akių ligų klinikoje 1942 metais.

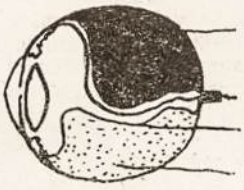
1. Atsitikimas. Ligos istorijos 190 nr. V. Jadvyga, 42 mt., Kaunas. Atsigulė į Vilniaus akių ligoninę 1942. IV. 15 d.

Diagnozė: Melanosarcoma chorioideae oc. sin.

Anamnezė. Daugiau kaip prieš pusę metų pradėjo blogėti deš. akies regėjimas. Pradžioje nekreipė į tai dėmesio, o vėliau įvairūs gydytojai įvairias diagnozes nustatinėjo. Maždaug prieš mėnesį Vyt. Did. Univ-to Akių klinikoje buvo konstatuotas intraokulinis navikas ir patarta enukleacija. Bet ligonė tuo nepasitenkino ir atvažiavo į Vilnių. 1936 m. buvo padaryta deš. akies voko ptozės operacija.

St. specialis oc. dextri. Vokai, jų kraštai, ašarotakiai, junginė, ragena, rainelė, vyzdys, lęšiukas nepakitę. Akių dugnas — viršutinėje, nazalinėje tinklainės dalyje link stiklakūnio išsikišęs gumbas. Tinklainė ant jo lygi, ištempta. Apatinė tinklainės dalis atšokusi. Papilos nesimato. Tensio = 20 mm Hg. Diaphanoskopia — pozityvi. Visus = $-\frac{1}{\infty}$. oc. sin. Visus = $\frac{5}{24}$. Su sphaer+2,0 D cyl+2,5 Da×V = 5/5. Daugiau nieko ypatingo.

IV. 15 d. Retrobulbarinėje anestezijoje akis buvo enukleuota. Užpakaliniame akies obuolio poliuse, netoli optinio nervo dviejose vietose navikas prasiveržęs pro sklerą retrobulbariai dviejų vikio grūdų dydžio. Todėl IV. 27 d. buvo padaryta orbitos ekzenteracija. Perpjovus akies obuolį vertikaliniame meridiane, makroskopiškai atrodė šitaip: (žiūr. 1 atv.).



1 atv.

Naviko spalva tamsiai rusvai mėlyna. Histologiškas tyrimas — melanoma oculi.

2. Atsitikimas. Ligos istorijos 281 nr. B. Elena, 43 metų, Vilnius. Atsigulė į Vilniaus Akių ligoninę 1942. V. 28 d.

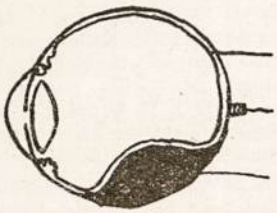
Diagnozė: Melanosarcoma chorioideae oc. dextri et strabismus converg. oc. sin.

Anamnezė. Ligonė tiktai prieš porą savaičių pastebėjusi, kad deš. akies regėjimas žymiai sublogėjęs. Jokių skausmų akyje nejaučianti. Dešiniąja akimi žvaira iš pat mažens.

St. specialis oc. dextri. Vokai, jų kraštai, ašarų takai, junginė, ragena, rainelė, vyzdys, lęšiukas nepakitę. Akies dugnas — nazalinėje — apatinėje tinklainės dalyje matomas navikas. Retina guli ant jos ištempta, tik truputį pasiraukšlėjusio naviko periferijoje. Pro retiną persišviečia tik to naviko šviesiai melsva, kiek į rusvumą panaši spalva. Nuo naviko krašto link papilos iradijuoja rusvi liežuvėliai į normalų retinos raudonumą. Naviko ribos nesiekia iki papilos ir iki ora serrata. Papila normali. Tensio — norma. Diaphanoscopia — pozityvi. Visus = 5/50. Oc.

sin. Akies obuolys pasisukęs į nosies pusę. Žvairumo kampas 15°. Visa kita be pakitimų. Visus = $\frac{5}{15}$.

V. 29 d. Retrobulbarinėje anestezijoje akis išimta (enukleuota). Naviko audinių, perėjusių už akies obuolio sienų, nepastebėta. Perpjovus akies obuolį vertikaliniame meridiane, makroskopiškai atrodė šitaip: (žiūr. 2 atv.). Naviko spalva — tamsiai ruda.



2 atv.

3. Atsitikimas. Ligos istorijos 554 nr. T. Kazė, 48 metų, iš Kamajų valsč. Atsigulė į Vilniaus Univ-to Akių kliniką 1942. IX. 14 d.

Diagnozė: Leucosarcoma chorioideae, glaucoma sec. et cataracta complicata oc. sin.

Anamnezė. Prieš porą metų buvęs kair. akies uždegimas su dideliais akies ir galvos skausmais. Nuo to po metų pradėjusi ta akimi silpniau ir silpniau matyti. Prieš keturias savaites vėl labai skaudėjusi kair. akis ir ta pusė galvos. Dabar akis neskaudanti, tik nieko nematanti.

St. specialis od. — n. yp. Os. — vokai, jų kraštai, ašarų takai, konjunktyva n. yp. Vidutinio laipsnio perikornealinė injekcija. Nazalinėje pusėje sklerinės paviršutinės kraujagyslės smarkiai išsiplėtusios. Ragena truputį blausi (matinė). Rainelė suaugusi aplink su lęšiuku. Lęšiukas drumstas. Transiliuminacija — pozityvi: visą nazalinę akies pusę užima navikas. Tensio — 48 mm Hg. Visus = $\frac{1}{\infty}$.

IX. 18 d. Retrobulbarinėje novokaino anestezijoje akis enukleuota. Navikas prasiveržęs užpakaliniame akies poliuje retrobulbariai. Tačiau, išėmus gerokai aplinkinių audinių, nuo ekzenteracijos buvo atsisakyta. Vertikaliniame akies pjūvyje makroskopiškas vaizdas atrodo maždaug šitaip: (žiūr. 3 atv.).

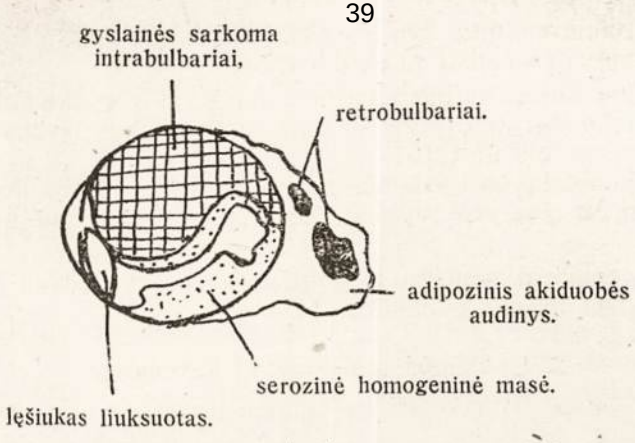
Naviko spalva pilkšvai balta.

4. Atsitikimas. Ligos istorijos 645 nr. Š. Ona, 57 metų, iš Maišogalos valsč. Atsigulė į Vilniaus Univ-to Akių kliniką 1942. X. 31 d.

Diagnozė: Melanosarcoma choriodeae oc. dextri.

Anamnezė. Susirgusi prieš dvejus metus. Pradžioje deš. akis ašarojusi, buvo paraudusi ir pradėjusi blogiau matyti. Vėliau kuo tolyn, tuo regėjimas ėjęs blogyn. Pastaruoju laiku jau bus keletas mėnesių kaip visai nieko nematanti. Prieš tris savaites akies stovis žymiai pablogėjęs: akis paraudusi, sutinusi, pradėjusi skaudėti. Stoviui negerėjant atvažiavo į kliniką.

St. specialis oc. dextri. Vokai ir jų kraštai gerokai pabrinkę, užsimerkti nebegali. Akių takai n. yp. Konjunktyva difuziškai raudona, chemoziška, per vokų plyšį išsivertusi į išorę. Akies obuolys išsišovęs į prieki, padidėjęs iki gero laukinio obuolio dydžio, paslankus, skaudamas. Ragena drumsta, yra žymių buvusių opų, suplokštėjusi. Priekinės kame-

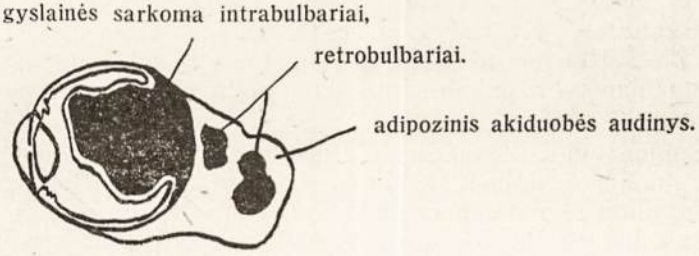


3 atv.

ros nebelikę, nes rainelė prisiglaudusi prie ragenos užpakalinio paviršiaus. Rainelės spalva pakitėjusi iš melsvos į žalsvą. Vyzdys užsiraukęs ir toliau nieko nesimato. Os — n. yp.

XI. 5 d. Iš pradžių akis buvo enukleuota, bet pamačius, kad navikas giliai prasiveržęs į aplinkinius audinius, čia pat buvo padaryta orbitos ekzenteracija. Vertikaliniame pjūvyje akies vaizdas šitoks: (žiūr. 4 atv.).

Naviko spalva tamsiai mėlynai rusva. Histologiškas tyrimas — melanoma oculi.



4 atv.

Suglaudus visų keturių atsitikimų duomenis, reikia pastebėti, kad:

1) subjektyvūs ligonio nusiskundimai gyslainės piktybinio naviko atveju dažnai beveik nieko nepasako;

2) reikalingas labai kruopštus ir sistemingas ligonio akies ištyrimas, norint nepražiopsoti intraokulinio naviko;

3) visais neaiškiais atvejais neužmirština akies transiliuminacija, kuri kitąkart gali iškelti nelauktą diagnozę;

4) nuo subjektyvių reiškinių pasireiškimo iki naviko prasiveržimo retrobulbariai užtenka vos keleto mėnesių laiko;

5) reikia stengtis kuo anksčiau konstatuoti tikra diagnozė ir nė trupučio nedelsti su enukleacija;

6) juo anksčiau bus diagnozuota ir akis enukleuota, tuo rečiau teks daryti orbitos ekzenteracija ir bus išvengta žymaus kosmetinio defekto;

7) konstatavus gyslainės sarkomą, mes kol kas negalime pasakyti, ar jau yra įvykusi metastazė į vidaus organus ar dar ne;

8) nepaisant nemažo gyslainės sarkomos dydžio, kartais būna akispūdis dar nepakilęs.

8. Gyslainės metastazinė karcinoma.

Gyslainės metastazinė karcinoma priklauso prie ypatingai retų akies susirgimų, pagal Uhthoff'ą 1:30.000, o pagal Sattler'ą 1:150.000 akių ligonių. Iki 1923 metų Usher surinko visoje mediciniškoje literatūroje tik 116 metastazinės karcinomos atsitikimų uogenoje. Daugiausia metastazuoja iš vėžiu sergančios krūties, todėl apie 70% visų atsitikimų būna pas moteris. Laiko tarpas tarp pirminės karcinomos pasireiškimo ir metastazavimo į gyslainę siekia apie dvejus metus. Po karcinomos metastazės pasirodymo gyslainėje ligoniai begyvena vidutiniškai apie 9 mėn. Suprantama, mirtis įvyksta del buvimo metastazių arba ir pirminio auglio gyvybinės svarbos organuose. Trečdalyje visų žinomų atsitikimų metastazės buvo pasireiškusios abiejose akyse. Lokalizuojasi metastazės visų dažniausiai užpakaliniame akies poliuje, netoli geltonosios dėmės.

Subjektyviniai simptomai būna labai panašūs į tuos, kuriuos sukelia gyslainės sarkoma. Gal būt tik greitesniu regėjimo nykimu skundžiamasi ir tai yra suprantama, žinant karcinomos lokalizaciją. Tačiau objektyviai karcinomos vaizdas visai kitoks kaip sarkomos. Karcinoma pasiskirsto daugybiškai paplokščiais židiniais, virš kurių tinklainė susiraukšlėja arba truputį atšoka. Antrinė glaukoma žymiai rečiau pasireiškia, kaip sarkomos atveju. Taippat karcinoma retai teprasiveržia retrobulbariai. Diferencijuojant metastazinę karcinomą su sarkoma ir kilus kuriam neaiškumui, lemiamą veiksnį suvaidins pirminio karcinomos židinio konstatavimas kuriame nors organe.

Gydymas daugeliu atvejų bus daugiau konservatyvus, turint galvoje bepalikusį trumpą ligonio gyvenimą. Akis enukleuoti teks nebent tik tada, kai bendrinis ligonio stovis tebėra geras, arba jeigu akies skausmai neduoda ligoniui ramybės.

Thiel'io taip karštai rekomenduojama rentgenoterapija, kuri duodanti labai gerų padarinių, bet kuri trunka keletą mėnesių, bus galima tik išimtiniais atvejais tinkamai pritaikyti.

9. Gyslainės metastazinės sarkomos.

Gyslainės metastazinės sarkomos priklauso prie kazuistinių atsitikimų. Jos ligos vaizdą sukelia tokį patį, kaip ir pirminės sarkomos.

10. Tinklainės glioma.

Tai tipiškas vaikystės navikas, kurį Virchow pavadino gliома. Jis pasitaiko ne taip jau dažnai, maždaug 1 atsitikimas 3.000-čiams akių ligonių. Mano žemiau paduodamas atsitikimas atitiktų maždaug 4.000 vaikų, sergančių akių ligomis. Liga didele dauguma pasireiškia iki 4-tų metų vaiko amžiaus ir beveik visi atsitikimai iki 10-ties metų. Tačiau literatūroje yra žinomi atsitikimai, kai glioma retinae buvo pasireiškusi suaugusiam žmogui.

Jau seniai buvo pastebėta, kad susirgimų glioma pasitaiko tos pačios šeimos keliems vaikams. Tačiau lygiai žinomas faktas, ir tai būna dažniausiai, kad susirgusio vaiko šeimoje, nei giminėse negalima susekti panašaus susirgimo. Vis tik paveldėjimo veiksnys neabejotinas ir Lange randa, kad 10% gliomos atsitikimų yra paveldėta. Tas pat autorius nurodo, kad 70% atsitikimų būna vienpusiški ir 30% abipusiški. Pirmųjų mirtingumas siekia 25%, o antrųjų — 100%.

Kadangi šitos rūšies pacientai dažnai yra dar permaži, kad jau ligos pradžioje pradėtų skųstis regėjimo nykimu, tai gana dažnai navikas pastebimas artimųjų, kai jis jau gerokai esti įaugęs į stiklakūnį ir vyzdys įgauna šviesiai gelsvą atspindį. Gaunama vadinama amaurozinė katės akis. Šitoje stadijoje, žiūrėdami pro plyšinę lempą, matysime tuojau už užpakalinio lęšiuko paviršiaus šiaudinės spalvos masę, virš kurios pereina susirangiusios kraujagyslės. Jeigu pasitaiko proga oftalmoskopuoti akies dugną ligos pradžioje, tai pastebima užpakaliniame akies dugno poliuje ar kitoje kurioje retinos vietoje vienas arba keletas apribotų židinių pieno spalvos ir įvairaus dydžio. Mazgų pakraščiais spalva pakitėjusi į gelsvai pilką. Virš tinklainės lygio mazgai būna daugiau ar mažiau pakilę. Tinklainės kraujagyslės pereina virš naviko arba įeina ir į jo vidų. Tai nurodo, kad auglys randamas pačioje tinklainėje. Dažnai bus matyti ir mažytės kraujagyslelės, kurios priklauso pačiam navikui. Tolesnėje naviko augimo eigoje oftalmoskopinis vaizdas kitėja pagal tai, kaip auglys auga, ar

linkui stiklakūnio — glioma endophytum, ar linkui gyslainės — glioma exophytum. Pirmuoju atveju matysime daugiau ar mažiau išplytėjusį, gumbuotą, šviesiai gelsvos spalvos auglį. Gyslainės kraujagyslių naviko ribose nematyti, arba pasirodo tik protarpiais, tuo tarpu smulkias auglio kraujagysleles gerai įžiūrėsime. Naviko neužimta tinklainės dalis, ypač aplinkui ją, atrodys pilkšvos spalvos, tarsi apsitraukusi rūku. Neretai matysime atitrūkusias naviko dalelytes laisvai stiklakūnyje beplaukiojant. Tinklainė dauguma atsitikimų neatšoka, arba atšoka ribotai ir nedaug.

Antruoju atveju, kas pasitaiko dažniausiai, iš pradžių naviko paviršius lygus. Tinklainė atšoka iš dalies, o vėliau ir visa. Atšokusioje tinklainėje pastebėsime pavienius didesnius ir mažesnius pieno spalvos mazgus, iš kurių kaikurie ypač ryškiai bus matomi. Vėliau visą akies vidų užpildo auglio masė, o tinklainė sustumiama ties užpakaliniu lęšiuko poliumi.

Augliui beaugant, dar anksti pakyla akispūdis. Kadangi vaiko akies obuolio sienelės tebėra labai elastingos, tai bulbus smarkiai padidėja ir iššoka į priekį panašiai kaip hydrophtalmus congenitus atveju. Išorinės akies obuolio kraujagyslės ir episklerinės venos smarkiai išsiplečia ir susiraito. Ragena pasidaro difuziškai blausi (matinė), priekinė kamera negili, vyzdys platus ir į šviesą nereaguoja. Rainelė siaurutė, atrofuota, spalva pakitėjusi, vaskuliarizuota. Priekinėje kameroje kartais matyti plaukiojant mažyčių kuokštelių, o apatiniame kameros kampe nusėdusios į hypopyon'ą panašios masės. Behr, Meisner ir Sattler yra stebėję ant rainelės mažų, pilkų, lyg stiklas peršviečiančių mazgelių. Jeigu vyzdys neužsiraukia, o lęšis pasilieka permatomas, tai oftalmoskopuojant pamatysime gelsvą, į pūlius panašią, masę, esančią tuojau už lęšio.

Akies obuoliui didėjant, o jo kapsulei tempiantis, gaunami skausmai, kurie vaikui neduoda ramybės dieną ir naktį. Tačiau ūmių glaukomos priepuolių beveik nepasitaiko.

Nepaisant dažnų ir didelių degeneratyvinių pakitimų pačiame navike, plastinių uvealinio trakto uždegimų pasitaiko retai.

Ūminės formos atveju vokai parausta, subrinksta, akies obuolys pasidaro nepaslankus, rainelė hiperemijuojasi. Pagaliau akies obuolio priekinėje dalyje sienelė prakiūra ir išeina į pūlius panaši masė. Po kelių dienų akis truputį aprimsta. Vėliau akies obuolys suminkštėja, sumažėja ir pamažu susitraukia. Bet po trumpesnio ar ilgesnio laiko navikas vėl pradeda augti ir liga baigiasi mirtimi.

Negydomas navikas įsiskverbia užpakalyje į n. opticus, o per canalis opticus intrakranialiai. Priekyje auglys prasiveržia korneosklerinėje zonoje arba dažniausiai pro nekrozinę ir prakiurusią rageną. Dabar navikas nebetrukdomas pradeda vešėti visiška to žodžio prasme. Gali užaugti iki gero obuolio dydžio. Čia naviko masė bus panaši į gumbuotą, supleišėjusią, kraujuojančią, minkštą, rusvai gelsvą kempinę. Tuo pačiu metu navikas perauga keliose vietose sklerą, akis išsiverčia į priekį, pasidaro nebejudri. Palengva auglys užpildo visą orbitą, perauga kaulines sienas ir nukeliauja į aplinkinius sinusus. Kai navikas prasiveržia retrobulbariai, dažnai pabrinksta aplinkinės limfinės liaukos. Neužilgo po to pradeda navikas metastazuoti į galvos odą, jos kaulus ir smegenis. Paprastai vaikas miršta po 1—2½ metų nuo pirmųjų reiškinių pasireiškimo. Visais atvejais, kai navikas nukeliavęs į n. opticus tokią vietą, kurios operatyviniu būdu pasiekti nebegalima, ligonio mirtis neišvengiama, nes recidyvuoja labai greitai. Labai retais atvejais navikas negydomas spontaniškai pradeda atrofuoti ir išnyksta (Meller, Purtscher).

Beveik kaip taisyklė, naviko masėje, kol ji tebėra akies obuolio tuštime, įvyksta degeneratyvinių pakitimų: riebalinė degeneracija, suvarškėjimas, sukalkėjimas, sugleivėjimas (Virchow, Hirschberg, Leber). Sąsyjyje su tokiais pakitimais navike įvyksta didelių pakitimų visame uvejiniame trakte. Tie pakitimai yra ne tiek infiltracinio, kiek proliferacinio pobūdžio.

Navikui paūgėjus akies obuolio tuštime, atitrūksta nuo jo smulkios kuokštelės glominių celių ir išsisėja po visą stiklakūnį. Iš čia nusėda į papilą, gyslainę, krumplyną, rainelę, priekinę kamerą ir net į ragenos užpakalinį paviršių ant substantia propria, pasidarius plyšiui Descemet'o sluogsnyje (Da Gama Pinto, Wintersteiner, Sattler). Nusėdusios celės prigyja ir tuo būdu susidaro nauji gliominiai židiniai, nors jie nėra linkę perdaug išvešėti.

Diagnozuoti glioma pačioje pradžioje nesusidarys ypatingų sunkumų, jeigu prisiminsime aukščiau suminėtus reiškinius. Bet vėliau, kai pasidaro amaurozinė katės akis, glioma reikia diferencijuoti su visomis ligomis, kurios duoda pseudogliomos vaizdą, k. a.: abscessus corporis vitrei, metastazinė endoftalmija, retinitis exsudativa, haemophthalmus, uveos konglobuotiniai tuberkulai ir infantilinė glaukoma.

Įvairios infekcinės ligos, ypač meningitis cerebrospinalis epidemica, gali sukelti metastazinį endoftalmitą arba abscessus

corporis vitrei ir, kaip to padarinys, gali susidaryti amaurozinė katės akis. Smulki anamnezė, akispūdis, vaiko amžius daugeliu atvejų padės išsiaiškinti. O jeigu vistik liks neaišku, tai reikia elgtis, lyg tai būtų glioma. Retinitis exsudativa savo vėlyvesnėje stadijoje duoda į gliomą labai panašų vaizdą. Praslinkus kelioms savaitėms ar mėnesiams po įvykusio haemophthalmus'o dažnai matyti iš vyzdžio gelsvai rusvas refleksas.

Glioma išsivysto iš retinos neuroglijos, atseit, ji yra ektoderminės kilmės. Naviko masė susidėjusi tik iš celinių elementų ir didesnių bei mažesnių kraujagyslių. Tarpinės medžiagos nėra (Sattler).

Šalia gliomos poligonalinių, vorinių (Greeff), astrocitinių (Munoz Urra), celių, yra dar įdomių Winterstein'io rozečių, susidariusių iš 12—18 cilindriškų celių. Celės yra neturtingos protoplazma su dideliais apskritais ar apvaliais branduoliais ir gausiu chromatino tinklu.

Prognozė tuo geresnė, juo anksčiau navikas su visa akimi nuoperuojamas. Paprastai, jei po operacijos per dvejus metus glioma nerecidivuoja, tai vaikas galima laikyti išgijusiu. Leber randa 57% pasveikimų.

Kai tik diagnozė paaiškėja, reikia akis kaip galima greičiau enukleuoti. Operuojant reikia stengtis akies obuolis stipriai traukti į priekį, kad optinis nervas būtų perpjautas juo toliau nuo bulbus. Enukleuotos akies optinio nervo periferinis galas visuomet reikia ištirti mikroskopiškai, norint sužinoti, ar auglys yra prasiskverbęs dar toliau ir giliau linkui chiazmos. Radus gliomos celių optinio nervo periferiniame gale, reikia operacija pakartoti ir optinis nervas nuoperuoti kad ir pačiame optiniame kanale. Jeigu glioma rasta prasiveržusi retrobulbariai, tada padarytina orbitos ekzenteracija ir pravestina švitinimo terapija. Jeigu vieną akį enukleavus, pradeda augti glioma antrojoje akyje, tada taippat išmėgintina švitinamoji terapija. Tačiau reikia konstatuoti faktas, kad didele dauguma atsitikimų švitinamoji terapija gliomos augimą sustabdo tik laikinai ir letalinė išeitis neišvengiama (Dalsch).

Baigdamas teikiu vieną gliomos atsitikimą, pasitaikiusį per pastaruosius dvejus metus Vilniaus Akių ligų ligoninėje.

Ligos istorijos 351 nr. J. Zenonas, 5 metų, Švenčionių valsč. Atsigulė į Vilniaus Akių ligoninę 1941. III. 29 d.

Diagnozė: Glioma retinae oc. utr. Exophthalmus et glaucoma sec. oc. dextri.

Anamnezė. Jau septyni mėnesiai, kai vaiko dešin. akies vokai ir konjunktyva yra subrinkę, edemiški. Maždaug apie tiek pat laiko dešin. akis išsikišusi į priekį. Tas exophthalmus, pasak motinos, čia padidėjąs, čia vėl sumažėjąs.

St. specialis. Oc. dextr. Oedema palpebr. et conj. bulbi. Exophthalmus. Priekinė kamera labai sekli, beveik nėra. Vos galima matyti rainelė, kadangi lęšiukas išniręs į priekinę kamerą. Tensio — 40 mm Hg. — Oc. sin. Rainelė vaskuliarizuota. Akies dugne — apatiniame akies obuolio segmente matyti masių, turinčių gelsvą atspalvį.

III. 30 d. Exenteratio orbitae dextrae. Operacijos metu buvo rasta daug naviko masių retrobulbariai.

IV. 23 d. Perkeltas į onkologinę ligoninę kair. akies rentgenoterapijai.

Ciliarinės retinos dalies piktybinių navikų, pirminių ir metastazinių sarkomų bei metastazinių karcinomų, pasitaikančių retinos ir optinio nervo papilos srityje, smulkiau neaprašinėsiu, nes tokių atsitikimų visoje literatūroje težinoma tik po keletą ir jie teturi daugiau teorinės reikšmės, kaip kliniškos.

Literatūra.

1. Abramovičius, I.: Okulistika. 1932.
2. Aschoff, L.: Pathologische Anatomie. 1909.
3. Avižonis, P.: Akių ligų vadovas. 1940.
4. Axenfeld, Th.: Lehrbuch der Augenheilkunde. 1932.
5. Berens, C.: The eye and its diseases. 1936.
6. Dalsch, J.: Zur Strahlenbehandlung des Glioma retinae. 1934.
7. Greeff, R.: Die Pathologische Anatomie des Auges. 1906.
8. Lange, H.: Über Glioma retinae unter besonderer Berücksichtigung seiner Erblichkeit. 1938.
9. Morax, V.: Cancer de l'appareil visuel. 1926.
10. Sandgänger, H.: Carcinommetastasen im Auge. 1935.
11. Sattler, H.: Die Bösartigen Geschwülste des Auges. 1926.
12. Thiel, R.: Die Bösartigen Geschwülste des Auges. 1936.

Autoreferat.

In der Arbeit werden die intraokulären bösartigen Geschwülste beschrieben. Danach tritt das Uveale Sarkom bei Erwachsenen und das Glioma retinae im Kindesalter in Erscheinung. 85% der Uvealen Sarkome lokalisieren sich in der Aderhaut. Nach den Berechnungen des Autors beträgt das Verhältnis des Aderhaut - Sarkoms 1 auf 2700 Augenkranke. Von den vier beschriebenen Fällen von Aderhaut - Sarkom war dieses in drei Fällen bereits in das retrobulbäre Gewebe durchgebrochen. Deshalb ist auch die Frühdiagnose von grosser Bedeutung, da sie der Exenteration in die Orbita und einem Rezidiv vorbeugt und besonders den Weg zu Metastasen der Geschwulst in das Schädelinnere abschneidet. Das Verhältnis des Netzhaut - Glioms ist bei Kindern mit 1 auf 4000 Augenkranke zu berechnen. 70% der Netzhaut - Gliome kommen an einem Auge und 30% an beiden zur Erscheinung. 10% der Gliome sind angeboren. Radikale Behandlung und Kur beugt der schnellen Entwicklung der Geschwulst vor.

V.

Vilniaus universiteto klinikų gydytojų susirinkimas.

(1942 metų lapkričio mėn. 27 d. V. U. Akių klinikoje).

Susirinkimą atidarė doc. med. d-ras P. Kazlauskas. Susirinkime dalyvavo: prof. bei adj. A. Čeičys, K. Valteris, J. Stankaitis, St. Stonkus, St. Čepulis, St. Kudirka, atsistentai ir kviestieji svečiai Vilniaus miesto gydytojai.

Pirmininkauja prof. P. Kazlauskas, sekretoriauja gyd. L. Žemaitytė.

I. Pranešimai.

1. Doc. P. Kazlauskas: **Cysticercus cellulosae priekinėje akies kameroje.**

Cysticercus cellulosae — tai kaspininės kirmėlės taenia solium viras (finnas). Pirmą akies cysticercus'o atsitikimą aprašė 1667 metais Wendtland, tai voko cysticercus. Helmholtz'ui (1851 m.) oftalmoskopą išradus, pradėta aprašinėti ir akies vidaus cysticercus'ai. Ligi 1892 m., t. y. ligi buvo įvesta griežtesnė kiaulių mėsos priežiūra, akių cysticercus'ai pasitaikydavo dažnokai, 1 : 1.000-čiui akių ligonių (Graefe's statistika). Vėliau jau buvo randami žymiai rečiau, 1 : 10.000-čiai tūkstančių akių ligonių ir dar rečiau. Cysticercus priekinėje akies kameroje yra ypač retas atsitikimas. Ligi šiol yra aprašyti literatūroje tik 29 cysticercus'o atsitikimai priekinėje akies kameroje.

Autorius stebėjo cysticercus'o atsitikimą priekinėje akies kameroje pas vieną 6 metų ligonę Vilniaus Univ-to Akių klinikoje, kuris buvo lęšio formos pūslelės pavidalo, 4—5 mm dydžio, su balta galvute viduryje ir dengė vyzdį. Cysticercus buvo operacijos būdu pašalintas. Po operacijos paaiškėjo, kad jis buvo sukėlęs iridociklitą, su stambiais precipitatais, rainelės atrofiją, jos mazginius sustorėjimus ir lęšiuko drumstumą.

Išvengti užsikrėtimo taenia solium kiaušiniais galima, mazgojant visada rankas prieš valgį, plaunant prieš valgymą daržoves bei vaisius ir valgant tik gerai išvirtą, ypač įtartiną kiaulių mėsą.

Diskusijos.

1) A. Čeičys: Atsitikimas labai įdomus. Man teko ieškoti pas šitą ligonę cysticercus'o ir kituose organuose, specialiai plaučiuose, bet jokių žymių nepastebėta. Išėmus pūslelę, reikėtų po mikroskopu rasti galvutė ir nustatyti, kurios rūšies cysticercus'ą iš tikrųjų turime. Nors dažniausiai tokie maži cysticercus'ai būna kiaulės taenia solium, bet galėtų būti ir taenia saginata, ar net echinokokas ankstyvoje stadijoje. Dabar atlikti tyrimai neduoda pagrindo galvoti apie daugybinio cysticercus'o buvimą (ir kituose organuose), bet vis delto būtų įdomu pasekti ligonė ilgesnį laiką, turint tokį galimumą galvoje.

Del cisticerkozės patogenezės man atrodo mažai tikėtinas kelias per vėmimą, t. y. kirmino proglotidų atkeliavimas į skrandį retroperistaltikos būdu. Kaip žinoma, kirmino uterus'e gulį kiaušinėliai yra embrioniniuose apvalkalėliuose ir, patekę tuojau į skrandį arba net į laibąsias žarnas arti skrandžio, vargu ar galėtų daugiau vystytis. Kaip naujausi tyrinėjimai rodo, toks „kiaušinėlis" turi pirma pribręsti, t. y. pasiekti maždaug morulės stadiją ir tik tada jis toliau gali vystytis žmogaus ar gyvulio virš-

kinamuosiuose takuose. Tas pribrendimas drėgnoje vietoje, esant dirvožemio temperatūrai 18—20°C, trunka maždaug 3—5 dienas. Todėl man atrodo, kad galimas tik kelias pro burną iš išorės, pvz., iš pribrendusių, kad ir panagėse embrionų.

Terapija šituo atveju, be abejojimo, tik chirurgiška, del organo svarbumo. Profilaktikai reikalinga kova su kirmėlėmis ir griežta sanitarinė mėsos priežiūra. Platesnio masto žmonių patikrinimai, dalyvaujant prityrusiems darbuotojams, turėtų didelės reikšmės, kaip rodo mūsų ir užsienių patyrimai.

2) St. Kudirka: Ar savo išvaizda panašus lęšiuko išnirimas duoda akies sudirginimo reiškinius?

3) Ant. Gulbinas: Ar kameroje esąs cysticercus veikia akį mechaniškai ar ir toksiškai? Ar pastebėta, kad virškinamuosiuose takuose esančių nariuotų kirminų toksinai veiktų akis?

4) K. Valteris: Intoksikaciją duoda tik dibotriocephalus latus, kuris priveda net iki piktybinės anemijos; kitos gi kirmėlės matomų intoksikacijos reiškinių neduodančios.

5) Ant. Gulbinas: Su adj. K. Valterio pareiškimu nesutinku ir štai del ko. Praeitą vasarą į Vilniaus Odos ir Veneros ligų ligoninę buvo paguldyta ligonė su diagnoze: dermatitis atrophicans idiopathica chronica progressiva (Herxheimeri). Ligonė St., apie 45 metų. Prieš 8 metus ant dešin. blauzdos atsiradę neskaudamų rožiškų dėmių, kurios iš lėto plėtėsi, palikdamos senose vietose atrofiją. Per 8 metus liga užėmė visą koją. Serganti koja kiek storesnė, skaudama sąnariuose. Maleolių srityse, vietomis ant blauzdos ir kelies srityje buvo paburkimų su rausvai melsvu atspalviu. Oda atrofiška. Diagnozei prieštaravo asimetrija ir stoka odos pleiskanavimo. Rasta kraujyje eozinofilija 16%, Hb 65% ir nepakankamas kiekis eritrocitų. Skrandyje anaciditas. Tirtos kartotinai išmatos, gautas neigiamas atsakymas, iki pati ligonė iš nakties rado lovoje nariuotos kirmėlės fragmentą. Pašalinus taenia solium iš virškinamųjų takų, po kelių savaičių eozinofilija išnyko, skrandyje sulčių atsirado, odos pakitimai žymiai sumažėjo, sąnariuose skausmai pranyko.

Šitas retas pavyzdys aiškiai parodo, kokią didelę intoksikaciją, apskritai, duoda visos nariuotos kirmėlės.

6) P. Kazlauskas: (St. Kudirkai ir Ant. Gulbinui). Liuksavęsis į priekinę kamerą lęšiukas paprastai duoda glaukomos reiškinius. Cysticercus akyje veikia ir toksiškai ir mechaniškai.

2. Gyd. K. Sungys: **Akių pakenkimai aitriomis cheminėmis medžiagomis.**

Vienas iš jautriausiųjų žalojimams organų yra žmogaus akys. Ypatingai daug pakenkimų pasitaiko chemijos pramonėje ir kitose įmonėse, kur naudojamos cheminės medžiagos. Neretai atsitinka kriminalinių sužalojimų kerštо sumetimais. Dažniausiai esti pakenkimų šiomis cheminėmis medžiagomis: ac. aceticum, ac. sulfuricum, ac. carbolicum, ac. nitricum, natrium causticum, ammonium causticum. Šitos visos medžiagos audinius veikia krešindamos baltymus ir duodamos celių nekrozę. Rūgščių veikimas siekia paviršutiniškiau, negu šarmų, nes jos su audiniais sudaro kietą acidalbuminatinį šašą, kuris sustabdo veikimą. Šarmai gi duoda minkštą alkalalbuminatą, nuo kurio audiniai patyžta ir del to veikimas esti gilus, infiltruojąs. Akių sužalojimo laipsnis pareina nuo cheminės medžiagos koncentracijos, kiekio ir veikimo laiko. Pasitaiko įvairaus laipsnio vokų, ragenos nudeginimų, net iki perforacijos su visišku akies funkcijos žuvimu. Vėliau dar prisideda komplikacijų del randų.

Mūsų jaunoje klinikoje šiuo metu buvo gydomi du ligoniai su kriminaliniais sužalojimais, vienas — nuo acid. sulfuricum, antras — nuo ac. carbolicum.

Diskusijos.

1) P. Kazlauskas: Akių išplikymas kerštо sumetimais yra žiauri priemonė ir duoda žiaurias pasėkas, dažnai ligoniai palieka akli abiem akimis ir su smarkiai sužalotu veidu. Akių obuolio junginė pasidaro bekraujė, balta, kaip popieris, vėliau akies obuolys suauga su vokais. Patartina skubiai daryti Denig'o operaciją, į junginės vietą persodinant lūpos gleivinę. Lūpos gleivinei prigijus, atsistato ragenos maitinimas ir akis gali būti apsaugota nuo apakimo.

2) O. Baliūnienė: Ar nebuvo gauta statistinių žinių iš Vyt. Did. Univ-to Akių klinikos, kiek buvo daryta Denig'o operacijų ir su kokiais padariniais?

3) K. Stungys: (Baliūnienei). Del laiko stokos gauti iš V. D. Un-to Klinikų statistinių žinių nebuvo galima.

3. Gyd. L. Žemaitytė: **Keratitis parenchymatosa.**

Pranešėja pažymi, kad pirmasis tą ligą aprašė Mackenzie (1840 m.), pavadindamas corneitis scrophulosa. 1863 m. Hutchinson ištyrė, plačiai aprašė ir priskyrė prie kitų paveldėto sifilio žymių. Ker. par. tai yra ragenos gilių sluogsnių chroniškas uždegimas su limfocitų, epitelinių ir gigantiškų celių infiltracija, paliečiąs priekinę uvejinio trakto dalį. Del ligos esmės tarp autorių vyrauja 2 nuomonės: 1 — tai sifilinis, bakterijų sukeltas uždegimas, 2 — anafilaksinis. Serga daugiausia (iki 60%) moterys. Ligos eigoje esti 3 stadijos: 1) infiltratio — ragenos sudrumstėjimas; 2) vascularisatio — kraujagyslių įaugimas į rageną; 3) reparatio — skaidrėjimas. Būna komplikacijų: pastovios drumstys, sinechijos, glaucoma secund., phthysis bulbi. Specialinė terapija: atropinum, dioninum, ung. hydrarg. oxyd. flavi, šilima, tamsūs akiniai. Svarbu ir bendrinė antiluetinė terapija. Prof. Berens ligoniams, sergantiems ker. par., bendrinę terapiją siūlo taikyti okulistinėje įstaigoje, kad ligonis nenukentėtų visuomenės opinijos atžvilgiu.

Diskusijos.

1) P. Kazlauskas: Kartu demonstruojami 3 ligoniai, sergą keratitis parenchymatosa. Tai rodo, kad pas mus įgimtinio sifilio esama. Laimingu atveju čia galime matyti visas 3 ker. par. stadijas.

2) A. Gulbinas: Mano nuomone, ligonis savo ligą turi žinoti, kitaip, praėjus ūminiams ligos reiškiniams, ligonis pasijutęs esąs sveikas, visai gali nutraukti gydymą ir vėliau susilaukti dar žiauresnių padarinių. Prieš pasakant ligos diagnozę, ligonis reikia gerai pažinti, individualinti ir iš to išeinant įautrūs ligoniai tenka raminti bei aiškinti ligos aplinkybes; kitiems, kurie mėgsta numoti ranka, net įspėti, kad, jei nutrauks gydymą, bus blogi padariniai.

Įgimtinius sifilitikus paprastai gydo venerologai, bet jeigu ligonio padėtis reikalautų išlaikyti ligą paslaptyje, gali gydyti ir okulistas, laiks nuo laiko pasitardamas su venerologu.

Laikoma, kad sifilio persidavimas baigiasi trečioje kartoje.

4. Gyd. J. Jėčius: **Piktybiniai intraokuliniai navikai.**

Piktybinis intraokulinis navikas nėra dažnas susirgimas. Suaugusiųjų tarpe pasitaiko dažniausiai melanosarkomos, o vaikystėje — gliomos. Melanozinių akies auglių kilmė dar tebėra diskusijų objektas, nes vieni tyrinėtojai suteikia jiems mezoderminę, kiti — ektoderminę kilmę. Rainelėje ir krumplyne labai retais atvejais pasitaiko ir epitelinės kilmės navikų. Jų progenezėje yra pigmentinis rainelės ir krumplyno epitelis. Visų intraokulinių sarkomų 6% lokalizuojasi rainelėje, 9% — krumplyne ir 85% — gyslainėje. Todėl praktiškai dažniausiai tenka susitikti su gyslainės sarkoma. Pagal mano apskaičiavimą maždaug iš 2.700 akių ligonių pasitaiko vienas gyslainės sarkomos atsitikimas. Intraokulinės sarkomos diagnozavimas dažnai bus nelengvas, todėl reikia ligonis sistemingai ištirti, vartojant visas galimas metodes. Neretai teks ligonis pasekti per ilgesnį laiko tarpą. Kadangi uveinės sarkomos neretai duoda metastazes į vidaus organus, todėl terapija turi būti radikali — enukleuota akis, nepaisant jos matymo laipsnio. Vaikystės amžiaus akies vidaus navikas — tinklainės glioma irgi gana reta liga, nes pasitaiko vienas atsitikimas iš 3.000—4.000 vaikų, sergančių akimis. Tinklainės glioma dažnai pastebima tada, kai iš akies vidaus pradedama matyti gelsvas atspindys — amaurozinė katės akis.

70% retinos gliomų būna vienoje akyje, o 30% — abiejose. Konstatavus gliomą, reikia nedelsiant akis enukleuoti. Švitinamoji terapija vartotina tik tais atvejais, kai del vienų ar kitų priežasčių nuo enukleacijos tenka atsisakyti.

Diskusijos.

1) P. Kazlauskas: 1937 m. München'o Akių klinikoje man teko matyti išgydytas glioma retinae atsitikimas, švitinant rentgeno spinduliais. Nuo švitinimo buvo gauta katarakta, kurią pašalinus ligonis matė. Antra akis del gliomos buvo išimta. Nežinia, ar nebus gautas recidyvas. Bet tokiais beviltiškais atvejais, kai yra glioma abiejų akių, apsimoka mėginti švitinti rentgeno spinduliais.

2) A. Gulbinas: Pranešėjas nepažymi, kurių, būtent, 5.000 rentgeno spindulių vienetų vartojama gydymui. Pats pirmutinis spindulių matavimo vienetas buvo Sabouraud-Noiré, kuris atitiko rentgeno spindulių sukeltą odos eritemini daviniį. Holzknecht'o vienetas sudaro 1/5 eritemininio davinio. Dabar visur priimta vartoti tarptautinis vienetas „Pa", kuris sudaro 1/586 odos eriteminio davinio. Taigi, odos eriteminis davinys = 1 Sabouraud-Noiré = 5 Holzknecht'o = 586 tarptautiniams „Pa" vienetams. Taigi, turėtų būti „Pa" vienetai.

Neįtikėtina, kad intraokulinių auglių gydymas rentgeno spinduliais duotų gerų padarinių. Norint auglio augimą sustabdyti ir sunaikinti reikia duoti rentgeno spindulių tokie daviniai, kurie neišvengiamai sužalos akies dalių jautrius audinius ir akis apaks. Piktybiniai navikai galima gydyti ir mažesniais daviniais, bet už tat, kol auglys bus paveiktas, jis spės sunaikinti akį. Todėl, mano nuomone, gydymas rentgeno spinduliais akyje duos žymiai blogesnių padarinių, kaip kituose organuose.

3) K. Valteris: Akis yra organas mažas, auglio metastazes sudarys gal tik kelios celės. Jos gali būti sunaikintos rentgeno spinduliais. Glioma yra kilusi iš nervų paraminio audinio (neuroglijos). Melanosarkoma — iš sklaidos trūkumo celių (naevus), manoma, kad tik ektodermines kilmės. Tačiau Dietrich prieina išvadas, kad melanosarkomų yra ir mezenchiminės kilmės. Jis klasifikuoja šitaip: melanoma carcinomatodes — epitelinių celių navikas, naevus'o kilmės; mel.

alveolare — alveolių forma susitvarkiusios celės; mel. reticulare — tinklo pavidalo; mel. meristomatodes, ypatingai piktybinė, netaisyklingos formos.

4) J. Jėčius (Gulbinui): Visokie akyje pasitaiką intraokuliniai augliai gydyti rentgeno spinduliais būtų dažnai tuščias ir klaidingas darbas. Mano tik buvo paminėta, kad prof. Thiel'io nuomone gyslainės metastazinės karcinomos kaikuriais atvejais pasiduoda gydomos rentgeno spinduliais, nors ir su žymesniais akies pakenkimais. Jis vartoja tarptautinius „r" vienetus.

(Valteriui): Reikia pastebėti, kad del intraokulinių metastazinių auglių kilmės ir lig šiol nėra vieningos nuomonės. Vieni autoriai priskiria jiems ektoderminę kilmę, kiti — mezoderminę. Daugelis tyrinėtojų ir ypač okulistinėje literatūroje, piktybinius melanozinius intraokulinius auglius vadina melanosarkomomis.

5. Gyd. M. Horodničienė: **„Trachoma".**

Įžangoje pranešėja trumpai pamini trachomos reikšmę ekonominiame ir visuomeniniame gyvenime, aptaria trachomos definiciją. Toliau seka žiupsnelis žinių apie trachomos istoriją ir kaip kuriose šalyse jinai yra išplitusi. Kalbant apie ligos etiologiją, pažymėta, kad, nepaisant kaikurių reveliacinių atradimų, tikras ligos sukėlėjas dar nėra žinomas. Toliau buvo kalbama apie trachomos paskirstymą 4 stadijomis pagal Mac-Callan'ą ir apibūdinta kiekviena stadija. Pabaigoje trumpos žinios apie trachomos fizinį, cheminį ir operacinį gydymą bei profilaktiką.

Diskusijos.

1) P. Kazlauskas: Trachoma yra klastinga liga, prasidedanti be ypatingų reiškinių, tik akys būna sunkios, kartais paniežti. Nejautrūs ligoniai net nepastebi ir kreipiasi į gydytojus tik prasidėjus komplikacijoms. Būna mikroskopiška trachoma, kuri susekama tik su plyšine lempa. Nuo jos ligonis metais gydosi nuo konjunktivito. Pabaltijyje iškasenose rasti epilaciniai pincetai iš VIII—IX amž. rodo, kad trachoma jau tada čia buvo, o ne atnešta iš Egipto Napoleono karų metu. Tiriamas trachomos užkrečiamumas skiepijant arkliams, triušiams, jūros kiaulytėms, balandžiams. Hess ir Römer skiepijo beždžionėms, Sattler — žmonėms. Eksperimentinė trachoma neduoda randų ir pannus. Dar ir dabar ginčijamasi, ar trachoma užkrečiama. Terapijai siūloma: trioxydmethylen, trachoxid, sulfamid, prontosil, neoprontosil, chininbisulfat, formol, chemoterapija, rentgenas, Kurzwellen. Labai įvairi operatyvinė terapija daugiausia vartojama trachomos komplikacijoms gydyti. Geriausia yra sena gydymo metodė: folikulų ekspresija, argentum ir cuprum preparatai ir masažas.

II. Ligonių demonstravimai.

1. Doc. P. Kazlauskas demonstravo vieną ligonį, sirgusį cysticercus cellulosae, ir antrą — synchysis scintillans.

2. Gyd. K. Stungys demonstravo ligonį po akių išplikymo su acid. carbolicum.

3. Gyd. L. Žemaitytė demonstravo 3 ligonius, sirgusius keratitis parenchymatosa visomis trimis stadijomis.

4. Gyd. M. Horodničienė demonstravo 6 ligonius, sirgusius trachomos įvairiomis stadijomis.

III. Patologinių preparatų demonstravimas.

Gyd. J. Jėčius demonstravo 2 enukleuotas akis del melanoma chorioideae.

Gyd. L. Žemaitytė.

Gyd. A. Šabanienė.

Savitarpinės Pagalbos Kauno ligoninės traumatologijos-ortopedijos skyriaus vienerių darbo metų apyskaita.

(Iš S-nės P-bos Kauno Ligoninės Traumatologijos-ortopedijos skyriaus. Vedėjas — gyd. Z. Rudaitis).

1941 metais lapkričio mėn. 17 d. Lietuvos Raudonojo Kryžiaus Centro Valdybos ir Kauno ligoninės vadovybės iniciatyva buvo įsteigtas 60 lovų Traumatologijos skyrius, kuris yra Kaune, Vytauto pr. 59 nr.

Svarbiausioji priežastis, paskatinusi visų nepatogiausomis karo meto sąlygomis naują ligoninę-skyrių steigti, buvo ta, kad Lietuvoje norėta užsienių pavyzdžiu įsteigti ligoninė, kuri būtų skirta vien išimtinai nelaimingiems atsitikimams, eismo ar darbo metu įvykusiems sužeidimams bei kaulų lūžimams gydyti.

Yra patirta, kad bendrinėse ligoninėse ir net chirurginiuose skyriuose ligoniai, gulį del kaulų lūžimų, laikomi ne tokiais svarbiais, kaip kiti chirurginiai ligoniai, ir patys gydytojai kreipia į juos mažiau dėmesio. Kartais del neakylaus gydymo ir ypač del stokos nuolatinės kontrolės imobilizacijos metu esti nepakankama lūžimo fragmentų repozicija, arba tik pavėluotai pastebima pablogėjusi padėtis, kuri gali sukelti statišką ligonio funkcijų sutrikimą, darbingumo sumažėjimą ir nuolatinius skausmus.

Traumatologijos skyriaus vienerių metų apyskaita čia bus pateikta nepilna, t. y., nuo 1941 m. lapkričio mėn. 17 d. iki 1942 m. lapkričio mėn. 10 d. Iki pilnų metų stinga vienos savaitės, nes šita apyskaita buvo pareikalauta padaryti anksčiau.

Tiesą pasakius, daug teisingiau būtų Traumatologijos skyriaus veikimas skaityti nuo Naujų Metų, nes iki to laiko pusantro mėnesio skyrius beveik neveikė. To priežastimi tenka laikyti tai, kad karo metu tokie įvykiai, kaip naujos ligoninės atidarymas, praeina tyliai, nepastebimai ir visuomenė apie tai sužino palaipsniui, po ilgesnio laiko, kada kaikurie žmonės patys arba jų artimieji ligoninėje pabūva.

Nuo 1942 m. sausio mėn. 1 d. buvo teoriškai, o nuo kovo mėn. pabaigos ir praktiškai prie Traumatologijos skyriaus prijungtas ir Savitarpinės Pagalbos Kauno Ligoninės Ortopedijos skyrius su 20 lovų. Todel, kad nebūtų keblumo ir patogumo dėliai, šita apyskaita bus laikoma iš karto kaip Traumatologijos-Ortopedijos skyriaus vienerių metų apyskaita.

I. Ambulatorijos veikimo apyskaita.

Nuo 1941 m. lapkričio mėn. 17 dienos, kaip jau aukščiau minėta, skyriaus veikimas buvo labai silpnas. Lapkričio mėn. buvo 9 ambulatoriniai ligoniai, gruodžo mėn. iki 1942 m. sausio mėn. 1 d. buvo 42 amb. ligoniai. Paskui palaipsniui kiekvieną mėnesį atsilankymų skaičius kilo. 1942 m. liepos, rugpjūčio mėnesiais pasiekė maksimumą (del geresnio susisiekimo vasaros metu), ir dabar vėl rodo tendencijos truputį mažėti.

Del 1-osios lentelės tenka pažymėti, kad visi šitie ligoniai, kurie yra gydomi ambulatoriškai, kaip antai: masažu, elektroterapija, medicinišką ja mankšta, parafinu, — čia visai neįskaitomi.

1. Ligonių judėjimą pavaizduoja 1-oji lentelė:

1-oji lentelė.

Mėnuo	Traumatologiniai ligoniai	Ortopediniai ligoniai	Bendrinis skaičius
1941 m. XI	9	—	9
XII	42	—	42
1942 m. I	48	36	84
II	54	34	88
III	99	28	127
IV	139	70	209
V	133	111	244
VI	145	113	257
VII	247	141	388
VIII	259	105	364
IX	237	121	358
X	176	136	312
XI	46	35	81
Viso	1.637	930	2.567

2. Rentgenogramų ambulatoriniams ligoniams medžiagos taupymo sumetimais buvo stengtasi daryti kuo mažiausia. Ligoniai buvo prašomi, jei tik galima, jau iš poliklinikų ar kitų vietų atsigabenti turimas nuotraukas.

Kiek padaryta rentgeno nuotraukų, matyti iš 2-osios lentelės:

2-oji lentelė.

Trauminių ligonių nuotraukos	Ortopedinių ligonių	Bendrinis skaičius	Peršvietimai
174 nuotraukos 58 peršvietimai	131 nuotrauka	305	58

3. Ambulatorines intervencijas pavaizduoja 3-ioji lentelė:

3-ioji lentelė.

	Traumatologiniams ligoniams	Ortopediniams ligoniams	Bendrinis skaičius
Siuvimai	75	—	75
Incizijos	11	2	13
Punkcijos	3	6	9
Gipsai	67	63	130
Ryšiakaulio lūžimų sutvarkymas	35	—	35
Kitų kaulų lūžimų sutvarkymas	44	—	44
Bendrinis skaičius			306

4. Ligonių ambulatorinis gydymas, sollux'u, kvarco lempa, parafinu, masažu, elektroterapija, mediciniškąja mankšta, yra taikomas kartotinai atsilankantiems ligoniams, kurie į ambulatorinę knygą neįregistruojami, o jų kartotekos vedamos atskirai. Tat pavaizduoja 4-oji lentelė:

4-oji lentelė.

Gydymo priemonė	Ligonių skaičius	Seansų skaičius
Sollux	18	180
Kvarcas	11	67
Parafinas	21	223
Masažas	35	880
Elektroterapija	19	600
Mediciniškoji mankšta	44	753
Pasyvi mankšta ir mechanoterapija	21	446
Iš viso	169	3.149

II. Stacionarinio veikimo apyskaita.

Traumatologijos-ortopedijos skyriuje buvo iš karto iki Naujųjų Metų numatyta ir paruošta 60 lovų. Kai buvo prijungtas Ortopedijos skyrius, dar prisidėjo 20 lovų. Praktiškai gi pasirodė, kad esamose būstinėse galima buvo ankštai susispaudus patalpinti tik iki 75 lovų.

Nuo š. m. spalių mėn. pradžios dalis būstinių turėjo būti perleista kitai įstaigai ir Traumatologijos-ortopedijos skyrius liko vėl su 60 stacionarinių lovų.

Nuo 1941 m. lapkričio 17 d. iki 1942 m. sausio 1 d. į Traumatologijos skyrių buvo paguldyta keliolika ligonių iš Kauno ligoninės chirurginio skyriaus. Iš žemiau teikiamos 5-osios lentelės galima matyti, kiek ligonių kiekvieną mėnesį atsigulė į skyrių:

5-oji lentelė.

Mėnuo	Ligonių skaičius	
1941 m. XI	13	
XII	19	
1942 m. I	38	
II	33	
III	37	
IV	65	
V	52	
VI	65	
VII	69	
VIII	70	
IX	62	
X	62	
iki XI. 10 d.	14	
Iš viso nuo 1942 m. I. 1 d.	567	

Iš visų skyriuje gulėjusių 567 ligonių 384, t. y., 67,72%, buvo traumininiai ir 183, t. y., 32,28%, buvo ortopediniai ligoniai.

Trauminiai ligoniai		Ortopediniai ligoniai	
Vyrai	199=51,9%	Vyrai	40=21,9%
Moterys	118=30,7%	Moterys	40=21,9%
Vaikai	67=17,4%	Vaikai	103=56,2%
Iš viso	384 ligoniai	Iš viso	183 ligoniai

Trauminių ligonių skaičiuje persvara tenka vyrams. Trauminių sužeidimų sugrupavimas į atitinkamas grupes, kurios surašytos 6—8-ojoje lentelėse:

6-oji lentelė.

Galvos sužeidimai.		Rankos sužeidimai	
Sužeidimo rūšis	Skaičius	Sužeidimo rūšis	Skaičius
Galvos kiaušo ir veido žaizdos	42	Ryšiakaulio lūžimas	10
		Žasto lūžimas	21
		Abiejų dilbio kaulų lūžimas	3
		Stipinkaulio lūžim. (f-ra radii)	15
Galvos kaulų lūžimai	14	Alkūnės k. lūžimas (f-ra olecrani)	5 (iš jų 1 kompl.)
		Plaštakos kaulų lūžimas	7 (iš jų 5 kompl.)
Sutrenkimai su sąmonės netekimu	28	Žaizdos rankoje	13

Iš galvos kiaušo lūžimų 2 atsitikimai baigėsi mirtimi del susikomplikavimo meningitu. (Abiem atvejais ligoniai atvežti į ligoninę praėjus 20 val. po sužeidimo).

Del stipinkaulio (radius) fraktūros tenka tiek pastebėti, kad f-ra radii stengiamasi sutvarkyti ambulatoriškai. Stacionariškai su f-romis radii, taip pat ir f-romis claviculae žmonės laikomi tais atvejais, kada tos f-ros esti kombinuotos su kitais didesniais kūno sužalojimais, arba kai tenka iš provincijos atvykusius kelias dienas po gipso uždėjimo stebėti ir išmokyti taisyklingos aktyvios gimnastikos.

7-oji lentelė.
Kojos sužalojimai.

Sužalojimo rūšis	Skaičius	
Dubens kaulų lūžimai	2	
Šlaunikaulio lūžimai (f-ra femoris)	29	(iš jų 2 kompl.)
Kelio sąnario sumušimas (contusio genu)	14	
Girnelės lūžimas (f-ra patellae)	3	
Blauzdikaulio lūžimas	17	
Blauzdikaulio ir šeivikaulio lūžimas	16	(iš jų 4 kompl.)
Maleolių lūžimas	6	
Šeivikaulio lūžimas	8	
Maleolių lūžimas su subluxatio tali	8	
Luxatio pedis poster. su maleolių ir užpakalinio tibiae krašto atskilimu	8 (iš jų 1 kompl.)	18
	2	
Pėdos kaulų lūžimas	9	
Kojos žaizdos	30	(iš jų 2 amput.)

8-oji lentelė.
Kiti kūno sužalojimai.

Sužeidimo rūšis	Skaičius
Stuburkaulių lūžimai	8 (1 exitus letalis)
Stuburkaulių processus transversi lūžimai	2
Krūtinės ląstos su pleura sužeidimai	3
Šautinės žaizdos	19
Išnirimai įvairių sąnarių	9
Šonkaulių lūžimai	17
Viso kūno ir atskirų kūno dalių sutrenkimai	50
Įvairūs	15

Išvada: Dažniausiai sužalojama galva, rankos ir kojos.

Lūžimų ir sužalojimų priežastys matyti iš 9-osios lentelės:

9-oji lentelė.

Priežastis	Skaičius	%
Darbovietėje	102	26,5%
Eismo nelaimėje	101	26,3%
Atsitiktinai	68	17,7%
Beeinant	64	16,6%
Granatos ir ginklai	28+5 ginklu karo metu	7,3%+1,5%
Alkoholio įtakoje	16	4,1%

Iš 9-osios lentelės matyti, kad sužeidimai darbovietėje konkuruoja su eismo nelaimėmis. Iš eismo nelaimių dažniausia sužalojimų priežastis esti automašinos užvažiavimas ant pėsčių (arba pėstieji nemoka vaikščioti, arba mašinos važinėti). Iš darbovieČių sužeidimų tenka pažymėti, kad didelė dalis tenka geležinkelio tarnautojams.

Grafai, pažymėtai „atsitiktinai", priskirti bemaž visi vaikų kaulų lūžimai, nes sunku iš anamnezės nustatyti, ar tai būta jau beeinant ar kitaip.

Grafai „granatos ir ginklai" daugiausia tenka sužalojimai, įvykę del granatų sprogimų bekrapštant. Čia nukentėję vien vaikai, tik 2 atvejais suaugę vyrai beardydami granatas nukentėjo.

III. Ortopediniai ligoniai.

Kaip jau aukščiau pažymėta, ortopedinių ligonių daugumą sudaro vaikai (56,2%) del visokių įgimtų deformacijų, skoliozės, tuberkuliozinio sąnarių susirgimo.

Pagal susirgimų rūšį ortepediniai ligoniai suskirstyti 10-oje lentelėje:

10-osios lentelės dvi grafos, būtent, „coxitis tbc" ir „luxatio coxae congenita", yra kiek netikslios, nes ten įrašyti tie ligoniai, kurie vienu atveju grįždavo pasitikrinti ir gipso keisti, antru atveju — pozicijos keisti.

Tenka pažymėti, kad del ortopedinių ligonių nukenčia skyriaus ligonių judėjimas, nes ortopediniai ligoniai gana ilgai ligoninėje laikomi,

10-oji lentelė.

Susirgimo rūšis	Skaičius
Coxitis tbc	40 (1 mening. tbc)
Spondylitis tbc	9
Luxatio coxae congenita	29
Poliomyelitis	8
Scoliosis	10
Liemens susirgimai	8
Rankų susirgimai	7
Kojų susirgimai	76

ilgai užima vietas, neužleisdami jų naujiems ligoniams, tuo būdu susidaro užsitvenkimas ir net eilės į ligoninę atsigulti.

Iš viso 567 trauminiai ir ortopediniai ligoniai ligoninėje išgulėjo 16.406 dienas; tat sudaro vidutiniškai **29 dienas** vienam ligoniui. Tuo tarpu vien trauminių ligonių stacionarinis gydymas turėtų užtrukti vidutiniškai 10—15 dienų (užsienių duomenimis). Tuščių vietų būdavo iki balandžio mėn. Nuo balandžio mėn. tuščių vietų esti 0,1, 2 iki 4, kol pasikeičia ligoniai.

IV. Stacionarinės intervencijos

Stacionariniams ligoniams padaryta 941 rentgenograma, 67 peršvietimai, 99 operacijos, 256 įvairios intervencijos (gipsas, žaizdų revizija ir tvarkymas).

Operacijų padaryta: Trauminiams ligoniams 46
Ortopediniams „ 53

Operacijos rūšimis suskirstytos 11-ojoje lentelėje maždaug šitaip:

11-oji lentelė.

Rūšis	Skaičius
Albee operacija	2
Osteotomia femoris	7
Osteomyelitis (židinio excochleatio)	7
Arthrodesis extraarticularis	4 (1 intraartic.)
Arthrodesis modellans duplex	9
Arthroplastica	1
Arthrotomia	2
Resectio (sąnarių)	2
Tenotomia	6
F-ra olecrani	4 (iš jų 1 kompl.)
Hallux valgus	2
Amputationes	7 (1 rankos)
Galvos trepanacija	3
Laparotomija	2
Transfūzijos	14
Įvairios	19
Žaizdų revizija, svetimkūnių pašalinimas	8
Iš viso	99

Be 11-ojoje lentelėje išvardytų operacijų, buvo padaryti ortopedijos skyriuje 5 vinies įkalimai f-ra colli femoris atsitikimais.

Kitos stacionarinės gydymo priemonės.

Be operacijų ir kitų intervencijų, ortopediniams ligoniams pagal reikalą taikomas masažas, elektroterapija, pasyvi mediciniškoji mankšta ir kt.

Trauminiai ligoniai mokomi aktyvios gimnastikos, kad po gipsu imobilizuoti raumenys nenustotų jėgos ir galūnė neatrofuotų. Šitų pagelbinių priemonių pavartojimą ligoniams pavaizduoja 12-oji lentelė.

12-oji lentelė.

Rūšis	Ligonių skaičius	Gydymo seansų skaičius
Masažas	19	474
Elektroterapija	10	310
Aktyvi mankšta	32	615
Pasyvi mankšta ir mechanoterapija	5	136

Traumatologijos-ortopedijos skyriuje pamėginta taikyti ligoniams parafinoterapija.

Karšto parafino vonios tam tikru būdu daromos įvairių trauminių sąnarių pakenkimų atvejais. Pradedamas dėti tirpytas parafinas nuo 50°, kiekvieną kartą pakeliant jo t°-rą 2° iki 70°—75°. Tokia parafino vonelė daroma ligoniui kasdien po 40 minučių.

Dr. Rudaičio pasiūlymu buvo pradėta taikyti tokia parafinoterapija įvairių įsisenėjusių artritų (išskyrus tbc) atvejais.

Tokį gydymą gavo 21 asmuo vidutiniškai po 15—20 seansų. Iš tokios nedidelės statistikos būtų per anksti kas nors kalbėti apie parafinoterapijos teigiamus rezultatus.

Iš turimų duomenų galima pasakyti, kad tokia parafinoterapija duoda gerų padarinių, kurie atrodo geresni negu kad artritus gydant purvo voniomis.

V. Mirimai.

Per visą laiką ligoninėje mirė 9 ligoniai: 4 vyrai, 4 moterys, 1 vaikas.

Mirties priežastys:

1) Stuburkaulio smegenų sužeidimas + urosepsis 1
2) Meningitis po galvos sužeidimo (abudu ligoniai atgabenti, praėjus daugiau kaip 20 val. po sužeidimo) 2
3) Sepsis po galvos sužeidimo (atgabenta praėjus 16 val. po sužeidimo) 1
4) Plaučių embolija po blauzdos kaulų lūžimo 1
5) Šokas po galvos sutrenkimo, praėjus 40 min. po eismo nelaimės 1
6) Pneumonia hypostatica po smarkaus kūno sutrenkimo (jaučio subadytas) 1
7) Osteomyelitis 4-tą dieną atsigulus į ligoninę 1
8) Širdies paralyžius po šlaunies amputacijos 1

Pabaigoje tenka pažymėti ir kaikurios priežastys, kurios sunkina šito skyriaus darbą:

1. Visų pirma tokioje ligoninėje turėtų būti ištisą parą budintis gydytojas, kad kiekvienu metu kuo skubiausiai ligoniui būtų galima suteikti pagalba. Tuo tarpu, bent dabar, del personalo stokos to neįmanoma padaryti

2. Skyrius neturi kilnojamo rentgeno aparato (perdegusi lempa), todėl labai sunku su tais ligoniais, kurie turi būti dažnai kontroliuojami, nes kiekvienu atveju gabenant ligonius į rentgeno kambarį išjudinamas tempimas, kaulų lūžimo fragmentai išeina iš vietos, išjudinamos tempimo vielos (nuo to ligoniui atsiranda skausmai, greičiau infekuojasi viela pervertos kaulo vietos).

3) Įvairių būtinai reikalingų aparatų rinkinys skyriuje taippat nedidelis, o jo papildyti šiuo metu negalima.

4. Skyriuje didelė stoka marlės, nes didelei daugumai tiek traumatologinių, tiek ortopedinių ligonių reikia dėti gipsas. Nemažam ligonių skaičiui iki visiško pasveikimo tenka net po kelis kartus gipsas keisti.

5. Zinkleim'o nuo skyriaus įsisteigimo bemaž visai nė nepradėta vartoti taippat del medžiagos stokos.

6. Pačios skyriaus būstinės ir jų suskirstymas nepritaikytas chirurginei ligoninei. Del to taippat esti sunkumų.

Referatai.

VIDAUS LIGOS.

8. M. Guelzow: **Ulcus- und Gastritisbehandlung mit Sexualhormonen.** („Dtsch. med. Wschr." 1942 m. 44 nr.).

Skilvio ligonių gydymas folikulino hormonu esąs terapinių galimumų praturtinimas, nes karo metu vis sunkiau tepritaikomas dietinis gydymas. Kaikuriais atsitikimais gauta gerų padarinių vien tik pavartojus ambulatorinį gydymą, todėl autorius siūlo pamėginti ir ambulatorinį gydymą. Šviežios opos reaguojančios geriau, negu senos recidyvuojančios arba penetruojančios, kurios dažnai visai nepasiduodančios šitaip gydomos. Del tam tikro hormonų apykaitos pasikeitimo, pagerėjus aprūpinimui krauju, sudaromos opos gijimui geros sąlygos, ypač 5—6 amžiaus dešimtmetį, hormoninio sumenkėjimo, disreguliacijos metu. Pagal autoriaus patyrimą šito amžiaus žmonių skilvio opos duodančios geriausius padarinius. Opos gijimas pareinąs ir nuo kitų šito gydymo metu taikomų priemonių. Kliniškas gydymas greičiau duodąs gerų padarinių, negu ambulatorinis, o ambulatorinis su dieta greičiau, negu be dietos. Kadangi čia vyksta labai energingas įsikišimas į hormonų reguliaciją — reikia tik atsiminti glaudūs lytinių hormonų santykiai su hypophysis'o priekine dalimi, antinksčiais, skydine liauka — todėl šitos terapijos veikimas galįs būti individualiai labai įvairus. Kartais opos nepasiduodančios šitaip gydomos, kartais ligos reiškiniai dar pasunkėją. Po eksperimentinių jų lytiniais hormonais tyrimų pasirodę, kad del perdozavimo sukelti pakitimai, pabaigus gydymą, vėl grįžtą į pirminį stovį. Del to nenuostabu, kad geras gydymo efektas, baigus gydymą, pranykstąs. Pasirodą recidyvai, kurie, autoriaus stebėtoje medžiagoje buvę gana dažni. Tarp gydymo kursų progynon'o vartojimas nesulaikęs recidyvų. Gal tat pareiną nuo netikslaus dozavimo, nes nepakankamai buvę atsižvelgta į pripratimo veiksnį (Ratschow). Su opomis, kurios yra linkusios kraujuoti, reikią būti labai atsargiems, nes šitaip gydant galįs būti sukeltas kraujavimas.

Skilvio susirgimai, kurie pasitaiką kartu su kitais endokrininiais susirgimais (diabetu), esą dėkingas šitam gydymui objektas. Apskritai, opų gydymo progynon'u pasėkos vertos dėmesio. Šitas gydymas pasiteisinąs šalia kitų priemonių, kaip, pvz., savo kraujo injekcijos, baltymais ir insulininiu šoku gydymas. *V. Insoda.*

9. Prof. Adolf Sylla: **Ursachen, Verhuetung und Behandlung der Gliedmassengangraen beim Fleckfieber.** („Dtsch. med. Wschr." 1942 m. 49 nr.).

Dėmėtosios šiltinės metu galūnių gangrenos priežastimi esanti centrinės kilmės kraujo indų spazmai, kuriuos sukelia šalčio jaudinimas. Vien spazmai arba tik šalčio jaudinimas nesukelią krauju aprūpinimo sutrikimo. Retais atsitikimais kraujagyslių trombozė būnanti gangrenos priežastimi. Pirmasis alarmuojąs ženklas esąs išėminis skausmas, toliau galūnė darantisi šalta, melsva ir bejausmė. Pas nesąmoningus ligonius tikrintinas art. dorsalis pedis tvinksnis. Apsaugojimui nuo gangrenos svarbu šiltos būstinės ir rūpestingas ligonio slaugymas. Kojos turinčios būti šiltai apdengtos. Prieš skausmus gerai veikianti sausa šilima. Pakankami padutin'o ir seksualinių hormonų daviniai daug padedą apsaugoti galūnėms nuo gangrenų ir sulaikyti jau prasidėjusiems kraujotakos sustrikimams. Jei gangrena jau yra prasidėjusi, tai, be šilimos, padutin'o ir hormonų, reikią bandyti blokuoti n. sympathicus. Šita priemonė daug kartų išgelbėjusi jau gangreniškai atrodančias galūnes.

Trombozių atveju gydymo prognozė esanti blogesnė. Gydymas toks pat, kaip ir kitų gangrenų po trombozių atsitikimais. Jei visi gydymo bandymai yra nesėkmingi, reikią galūnė amputuoti. *V. Insoda.*

10. Prof. Dr. K. Lydtin: **Erfahrungen bei Fleckfieber.** („Münch. med. Wschr." 1943 m. 1 nr.).

Aptaręs ekzantemos reikšmę diagnozei ir pabrėžęs didelius centrinės nervų sistemos jaudinimo ir funkcijos iškritimo reiškinius, kuriems dėm. šiltinės metu duotina didžiausios vertės, autorius apsistoja ties ankstyvosios diagnozės klausimu. Tikriausias ir vertingiausias objektyvus simptomas ankstyvojoje stadijoje esąs blužnies padidėjimas, kuris beveik visada galima rasti. Autorius pareiškia, kad jau pirmomis trimis ligos dienomis 80—90% dėm. šiltinės ligonių galima perkusiškai rasti padidėjusi blužnis ir 70—80% ji apčiuopti.

Svarbiausi reiškiniai esą šie: sunki bendra išvaizda, centr. nervų sistemos dalyvavimo reiškiniai ir jau pirmomis trimis dienomis apčiuopiama blužnis. Weil-Felix'o r. ankstyvai diagnozei reikšmės neturinti, tačiau ji esanti labai gera priemonė išaiškinti neaiškiems atsitikimams.

Autorius mano, kad gydant esą per daug vartojama cardiaca, o per maža raminamųjų priemonių. Sulfonamidai, jų tarpe ir eleudron'as, neturį jokios reikšmės ligos eigai. Atebrin-plasmochin'u gydymas (kasdien 3×0,1 atebrin'o ir 1×0,01 plasmochin'o) nedavę jokių vaisių. Kurie galutini padariniai vartojant dėm. šiltinės atveju rekonvalescentų kraują ar serumą, sunku pasakyti, tačiau pačioje ligos pradžioje įleidus, mirtingumas sumažėjęs. Vėlesnėse stadijose įleistas serumas nedavęs vaisių. Neabejotinai gerų padarinių davęs skiepijimas nuo dėm. šiltinės: mirtingumas esąs aiškiai mažesnis, cerebrinio jaudinimo reiškinių nebūną. Komplikacijų tarpe autorius mini retus paralyžinio ileus'o atsitikimus, kurie pagiję gydomi konservatyviai. *V. Insoda.*

11. H. Lampert: **Der Blutdruck Fleckfieberkranker und seine Beeinflussung durch Ueberwaermungsbad.** („Dtsch. med. Wschr." 1943 m. 2 nr.).

Dėmėtąja šiltine sergąs ligonis mirštąs dažnai pirmomis 6—12 dienų del periferinės kraujo apytakos kolapso. Tuo metu kraujo spaudimas esąs 60—80% mm Hg. Terapijos tikslas esąs apsaugoti nuo indų paralyžiaus, įleidžiant intra venam kasdien po 100 ccm dirbtinio kraujo (haemoglutin'o) ir išlaikyti kraujagyslių tonusas. Šitam tikslui autorius siūlo peršildymo vonias, kurių temperatūra yra aukštesnė, negu sergančio kūno temperatūra. Autorius schemomis pavaizduoja, kaip ši-

tokios vonios veikia kraujospūdį. Pradžioje kraujospūdis krinta̧s, diastolinis net iki 0, o pabaigoje vonios ir po jos atsirandą refleksiškas kraujospūdžio pakilimas iki 40 mm Hg. Tolesni tyrimai turį išaiškinti, kiek toks žemas diastolinis kraujospūdis esą̨s išraiška pilnai ištuštinto kraujo depo ir kodėl reikalingos tokioje būsenoje intraveninės dirbtinio kraujo infuzijos. Nuolat kartojant peršildymo vonias, pasidaranti refleksiška hypertonia (iki 120 mm Hg.) ir tuo būdu organizmas esą̨s apsaugojamas nuo kraujotakos kolapso. *V. Insoda.*

AKUŠERIJA IR GINEKOLOGIJA.

2. Mansfeld, O. P.: **Zwei neue Verfahren der gynaekologischen Diagnostik, die vaginal kontrollierte Bauchpunktion und die Argechrom-Probe.** („Zbl. f. Gyn." 1942, 27 nr.).

Kartais sudarą didelių sunkumų atskirti, ar augą̨s auglys iš adneksų, ar esą̨s jų uždegiminis procesas. Kadangi auglių gydymas esą̨s operatyvus, o uždegimų apie 80% gydoma konservatyviai, todėl diferencinė diagnozė esanti labai svarbi.

Anamnezė, temperatūra, leukocitozė, kraujo nusėdimas duodą labai daug diferencinei diagnozei, bet galį ir suklaidinti. Pasak Lincenmeier'io, kiaušdėčių pūlinys neduodą̨s žymiai pagreitėjusio kraujo nusėdimo. Nemažiau esą̨ sunku atskirti, ar yra salpingitis ar tubarinis abortas, ypač kai yra chroniška infekuota peritubarinė haematoma.

Hematomai ar hematocelei atskirti nuo abscessus Douglasi padedanti punkcija pro užpakalinį makščių skliautą. Šita punkcija turinti ir pavojų — mėšlinės žarnos sužalojimas ir t. t.

Jei randamas esą̨s fliuktuoją̨s auglys šone arba aukštai, o iš anamnėzės ir bimanualinio tyrimo nepaaiškėja, ar čia turima reikalo su kystoma, su retencine cista, su abscesu, su peritubarine hematoma, arba su eksudatu; tada geriausiai padedanti punkcija pro priekinę pilvo sieną.

Šitas kelias nesą̨s labai mėgiamas. Daugelis biją̨, kad adata nesužalotų žarnų, nepatektų į didesnę kraujagyslę.

Tik Benthin propaguoją̨s savo knygoje pilvo punkciją, ypač ankstyvai peritonitis diagnozei nustatyti. Jo nurodymu, adata 1,5 mm diametro, bet ne storesnė, nes jei pataikytume ja į žarną, tai žarnos raumenys tokią skylutę užrauktų be jokių padarinių. Dūrio vieta: arba per plaštakos aukšti nuo symphysis vidurinėje linijoje, arba išoriniame trečdalyje linijos, kuri jungia bambą su spina iliaca anter.

Autorius siūlo punkcijai šį būdą: įkišami kairiosios rankos du pirštu į makštis, kuriais punktuojamasis auglys pakeliamas, paremiamas ir pristumiamas prie šoninės priekinės pilvo sienos. Dešiniąja ranka randamas iš priekinės pilvo sienos auglys ir į jį švirkštu daroma punkcija.

Autorius pamini jo vartojamą būdą, ypač patogų laparatomijos metu tubų praeinamumui pažinti. Daroma šitaip: makštys dezinfekuojamos, už portio vagin. uteri suimama žnyplėmis, švirkštu su tam tikru spaudimu suleidžiama į cavum uteri 5 ccm argochrom'o. Adatą ištraukus, keliašakėmis žnyplėmis suimamos abi lūpos ir taip žnyplės lieka, kol baigiama operacija. Jei tubos praeinamos, nuo argochromo nusidažo jos ir aplinka mėlynai. Šitas būdas esą̨s daug geresnis už tubų zondavimą ir t. t. laparatomijos metu. Be to, jei reikią rezekuoti tubą, tai su argochromu susimaišęs tubos sekretas esą̨s mažiau pavojingas infekcijos atžvilgiu.

J. Neniškis.

AUSŲ, NOSIES IR GERKLĖS LIGOS.

2. Prof. G. Hofer: **Die diagnostische Bedeutung der Heiserkeit.** („Med. Welt.", 1942 m. 49 nr.).

Bent daugumą užkimimo priežasčių privaląs žinoti kiekvienas praktikuojąs gydytojas. Užkimimu pasireiškianti visa eilė bendrinių viso organizmo susirgimų, kurie gali būti susieti su balso pranykimu, kaip su vieninteliu arba kaip vienu iš labai nedaugelio ligos simptomų. Chroniški gerklės gleivinės uždegimai užkimimą sukelią žymiai dažniau negu ūminiai. Čia reikšmingas tas faktas, kad ūminiams, o ypač chroniškiems gerklės uždegimams ir dažnai su jais susijusiam užkimimui atsirasti progos duodanti išorinė įtaka ar patekusi infekcija. Neretai tuo prasidedą įvairūs nosies, nosiaryklės, paranazalinių daubų, burnos tuštimo, ryklės, net bronchų ir plaučių susirgimai. Neretai užkimimas konstatuojamas, kaip padarinys tam tikrų vidaus ligų, k. a.: 1) nefrito, 2) kraujo apytakos sutrikimo, 3) medžiagų apykaitos sutrikimo, 4) marazmo, 5) kacheksijos. Žymus užkimimas pastebimas esant gerklėje abscesui ar flegmonai. Prie šitų sunkių uždegimų, duodančių užkimimą, priklausąs ir gerklės perichondritas. Čia infekcija iš paviršiaus patenkanti gilyn arba galinti būti atnešta iš kitos organizmo vietos, kaip infekcijos metastazių padarinys. Dažniausiai tat pasitaiką difterijoje, typhus abdominalis ar typhus exanthematicus ligose, influenzoje. Iš chroniškų susirgimų, pasireiškiančių užkimimu, pirmiausia tenką paminėti tuberkuliozė ir įvairios lues'o formos. Užkimimas galįs pareiti ir nuo gerklės motorinės funkcijos sutrikimo. Šitie sutrikimai galį atsirasti del motorinių gerklės nervų pakenkimo. Pakenkimas galįs būti tiesioginis (paties nervo) arba centrinis (kai paliečiamas n. vagus branduolys in medulla oblongata). Nervo pakenkimas įvykstąs del daugelio priežasčių: 1) trauminio sužalojimo, 2) piktybinių skydliaukės ar kitų kaklo liaukų navikų, 3) ca oesophagi, 4) tumores mediastini, 5) įvairūs, ypač pleuros viršūnių tuberkuliozinia afektai, 6) aneurysma aortae, 7) tam tikros perikardito formos, 8) lues, 9)) tabes dorsalis, 10) paralysis bulbaris, 11) syringomyelia.

Staiga atsirandąs užkimimas (del balso stygų paralyžiaus) turįs didelės diagnozinės reikšmės šitam procesui pažinti. Taippat ir piktybiniai gerklės navikai, iš kurių dažniausiai sutinkamas ca laryngis, anksti pasireiškią užkimimu. Tarp gerybinių gana dažnai pasitaiką ir uždegiminio pobūdžio gerklės auglių: ant balso stygų išaugąs polipas, kaip chroniško uždegimo padarinys. Užkimimo priežastimi dar galinčios būti mažos gerklės fibromos, angiomos, papilomos ir t. t. Kaikada užkimimu pasireiškią ir funkciniai fonacijos sutrikimai. Tat dažnai atsitinką nervingiems asmenims, o kaikada nuo didelių fonacijos pastangų. Užkimimas tuojau atkreipiąs ligonio ir gydytojo dėmesį, tuo būdu pagreitindamas gerklės ištyrimą. Šito dalyko užtrukimas galįs būti net mirties priežastimi. *Juozas Dičpinigaitis.*

ODOS IR VENEROS LIGOS.

1. Priv. doz. Dr. Sima Ilić: **„Embolia cutis medicamentosa exanthematica et gangraenosa“.** („Dermat. Woch.“ 1942 m. 115 t., 36 nr.).

Straipsnio autorius aprašo vieną rečiausių, o gal net sunkiausių atsitikimų Bi-terapijoje — embolia cutis medicamentosa (Freudenthal) arba dermatitis livida et gangraenosa (Nikolau). Autorius išvardija eilę asmenų, kurie šitokių nemalonumų yra turėję su įvairiais Hg preparatais. Pirmą kartą šitos rūšies susirgimas buvo aprašytas ir imta juo daugiau domėtis ypač tada, kai frikcijų gydymas buvo pakeistas intramuskulinėmis Bi-injekcijomis. Glutejinėje srityje atsiradę pakitimai, injekuojant Hg preparatus, anksčiau buvo klaidingai aiškinami. Jau Freudenthal buvo pradėjęs juos tyrinėti. Po jo, yra aprašę ir kiti autoriai, kurie vartojo terapijai Bi druskas suspensijose ir, kiek rečiau, — tirpstamus Bi preparatus.

Praslinkus kelioms minutėms, kartais kelioms valandoms po intramuskulinės injekcijos, ligonis pajuntąs glutėjinėje srityje nepaprastai stiprų skausmą, kuris dažnai kelias savaites ligoniui trukdąs vaikščioti. Glutejinė pusė, kurioje buvo suleisti vaistai, sutinstanti, oda įgaunanti šviesiai violetinę arba tamsiai raudoną spalvą, o periferijoje susidarantį cyanozinė marmorizacija. Nors visais atvejais simptomai dažniausiai visiškai panašūs, bet ligos vaizdas, atsižvelgiant į sunkumą, turįs ir skirtumų.

Barthelémy, Sezary ir Fernet skiria 4-is šitos ligos laipsnius. I-mas laipsnis esąs gerybinis ir turįs tik paviršutinę ekchimozę; II-as, be ekchimozės, pasižymįs ir fliktenizacija; III-ias — pasireiškiąs gangreniniu dermatitu, o IV-asis, visų sunkiausias, sudaręs gilią subkutaninio sluogsnio ir raumenų gangreną. Be šitų simptomų glutejaus srityje, kartais sutinstanti ir mormorizuojantisi kapšelio, labia majora, o kartais net ir penis'o oda. Pirmomis ligos dienomis t°-ra pakyla iki 39°.

Patogenezė. Freudenthal aiškina, kad vidurinio ir gilaus odos sluogsnio arterijos spindis užkemšamas Bi kristalų; šitie kristalai patenką į arteriją iš giliau esančios arterijos, į kurią, injekuojant preparatą, būna išvirkščiami, tuo būdu ir pasidaranti embolija. Jeanselme, Lewy ir Huet savo laiku, pirmuosius savo atsitikimus paskelbę, reiškė pažiūrą, jog, esą, susirgimo priežastis glūdinti Bi druskų savybėse. Milian yra aprašęs glutėjaus gangrenos atsitikimą vaikui, kuri buvo gauta, injekavus ol. camphorae. Čia jis suverčia visą kaltę tik į arteriją injekuotam alieji-niam preparatui. Nicolau eksperimentais įrodė, kad, įšvirkštus netirpstamos druskos, gaunama laibųjų arterijų embolija, o odos kapiliarai lieką praeinami; todėl, vartojant netirpstamas druskas, nekrozinė zona nevisiškai nekrozuoja. Tačiau, vartojant tirpstamas druskas, del jų (kaustinio) veikimo, sukeliamas kaustinis kapiliaritis ir arteriitis su nekroze ir prie jos prisijungiančia tromboze. Milian dar prileidžia galimumą, kad arterija injekcijos metu adatos perplėšiama, ir tatai sudarytų panašų pakenkimą į arterijos ruptūrą su visais jos padariniais.

Fernet mano, kad ne visada reikią galvoti tik apie arterijinę emboliją; bet jog esama atvejų, kur išvirkščiama į pačią arterijos sieną; tada įvykstą jos spazmai ir tų spazmų padarinys — lengvesnis susirgimo laipsnis, t. y. ekchimozinė ir flikteninė forma, o nekrozinė forma reiktų laikyti arterijinės embolijos padariniu.

Autorius pastebi, kad tokie dalykai dažnai atsitinką ten, kur suleistas gana didelis skaičius intramuskulinių injekcijų. Milian manąs, jog didesnis skaičius injekcijų privedąs prie periarterijinės sklerozės, kuri arteriją fiksuojanti ir tuo būdu trukdanti nukrypti į šalį nuo adatos, kaip tatai atsitinką, esant normaliai arterijai sveikuose audiniuose.

Autorius pažymi, kad tokios rūšies atsitikimai Bi terapijoje būną gana reti. Ir tai paremia faktu, kad autoriaus aprašomas atsitikimas esąs pirmutinis jo poliklinikoje, kuri jau veikia apie 20 mt. ir kurioje kasdien suleidžiama vidutiniškai 250 intramuskulinių tirpstamų ir netirpstamų Bi druskų injekcijų. Petges ir Jocelia Francūzų Dermatologų Draugijoje yra pareiškę, kad su jų pačių arterijinės embolijos po Bi injekcijos stebėtais atsitikimais iki 1930 metų buvę paskelbta tik apie 30 atvejų.

Toliau autorius aprašo patį atsitikimą. Pacientas D. V., 24 mt., viršila, atvyko į polikliniką 1939. XI. 10 d. su ulcus durum. 4-to kurso 4-ta injekcija ligoniui buvo suleista 1940. VII. 29 d. vakare: 0,5 cm³ novobi, t. y. 0,135 g bismuti heptadien-carbonici arba 0,045 Bi metalo. Jau adatos dūrimo metu, o taippat ir pačio išvirkštimo metu, ligonis juto stipresnį, kaip paprastai, skausmą.

Pirmąsias 2 val. po injekcijos jis jautė gana stiprų skausmą glutėjo srityje. Pacientas pats pastebėjęs, kad oda buvusi mėlyna, sutinusi; sutinimas pastovus ir kietas. Pacientas del skausmų negalėjęs visą naktį miegoti ir kitą rytą atvyko į polikliniką.

Kaip autorius nurodo, jau ligoniui nusirengiant, buvo stebima, kad jis kenčiąs skausmą. Apžiūrėjus buvo nustatyta, kad dešinioji glutėjaus pusė žymiai didesnė, negu kairioji, kieta, be paprastų kontūrų, paliečiama ir palpuojama labai skausminga. Visos glutėjo pusės oda pasidengusi marmuro tinklo pavidalo ekzantema, daugiau ar mažiau vijoletiškai nusidažiusiu paviršiumi su lividiniais apribotais žiedais. Pačiame glutėjo centre buvo lividinis ir visiškai netaisyklingai apribotas plotas. Po 3-jų dienų šito ploto paviršius buvo nekrozavęs.

Ligonis 12 dienų turėjo išgulėti lovoje. Per šitą laiką sutinimas atslūgęs ir odos spalva pasidariusi normali, o centre gangrenavusio ploto pakraščiai atsidemarkavę. 17-tą dieną po injekcijos nekrozavusios masės visame plote atsidalinę, bet, kol visiškai pasveiko ir epitelizavosi gangrenavusi vieta, praslinkę 2 mėnesiai laiko.

Šitą atsitikimą autorius laiko ypač būdingu, nes minėtas ligos vaizdas gautas pavartojus tirpstamą Bi druską, o dauguma iki šiol žinomų atsitikimų gauta, vartojant netirpstamas Bi druskas.

Juliusberg Jadassohn'o veikale pažymi, jog tokios rūšies atsitikimų, vartojant tirpstamas Bi druskas, nebuvę stebėta. Šitas teigimas, autoriaus nuomone, galįs būti paaiškintas tik tuo, kad tirpstamų Bi druskų preparatai iki 1928 mt. — minėto veikalo pasirodymo laikas — tik nepaprastai maža tebuvę vartojami.

Aprašyto atsitikimo patogenezei paaiškinti, autorius pažymi, kad ligoniui pradėję skaudėti ir atsiradę pakitimai ne tuojau po injekcijos, bet 2-iem valandoms praslinkus. Toliau, ligonis į kliniką atėjęs tik kitą dieną, tatai rodo, kad skausmai iš pradžių buvę ne per dideli. Audinių nekrozė prasidėjusi tik po 3-jų dienų. Del to, autoriaus nuomone, aliejuje ištirpęs preparatas patekęs į kraujo indo spindį ne tuojau, bet įsiveržęs pamažu pro padarytą indo sienelės plyšį. Fisūra ir kraujo indo sprogimas įvykęs sekundariškai, gal būt, del stipraus kraujo indo sienos įtempimo aliejaus prišvirkštame audinyje. Tatai juo lengviau galėję įvykti, kada buvo injekuota į del didelio skaičiaus anksčiau gautų injekcijų reliatyviai sklerozuotą „milieu". Taigi, del aliejaus įsiveržimo į kraujagyslę ir susidarę kapilaritis et arteriitis su prisijungusia nekroze.

Baigdamas autorius pažymi, kad injekcija buvusi padaryta, atsižvelgiant į visas atsargumo taisykles. *J. Valatka.*

Klinikos ir praktikos patyrimai.

× **Hipofizio bazofilinė adenoma.**

Austregesilo su dviem bendradarbiais stebėjo kliniškai, rentgenologiškai ir endokrinologiškai vieną Cushing'o ligos atsitikimą, kurio diagnozė buvusi patologoanatomiškai patikrinta. Jie smulkiai aprašė 44 metų moterį, kuri 1914 metais pirmą kartą kreipusis į psichiatrinę ligoninę, skųsdamasi per didelių nutukimu ir apaugimu plaukais. 1937 metais ją apžiūrėdami, autoriai pastebėję didelio laipsnio nutukimą, apaugimą plaukais, viriliškumo reiškinių paryškėjimą bei menstruacijos ciklo sutrikimus. Ligonės veidas apvalus, panašus į mėnulį, organinis atsparumas sumažėjęs ir del to jautusis lengvai pavargstanti. Iš viso atrodė esanti oligofrenikė. Rentgenologiškai tiriant, sella tur-

cica atrodęs normos ribose. Aprašę gautus humoralinių tyrimų rezultatus, autoriai spėja, kad čia, kaip ir kliniškas sindromas, esąs hipofizio bazofilinis hiperhormonizmas, kartu įtraukęs į procesą ir kitas endokrinines liaukas. Vėliau skrodimas parodė, jog čia būta prehipofizio lateralinės dalies mažo žirnio dydžio adenominio auglio, kuris tik kai kuriose vietose nuo liaukinės parenchimos buvo atskirtas plona kapsule, bet ne iš visų pusių. Adenomos ląstelės turėjusios bazofilinę granuliaciją. Autoriai nurodo, kad pacientė neturėjusi visiškai pilnos Cushing'o ligos simptomatologijos; be to, jie pavaizduoja daugybę variacijų, kurių kliniškas vaizdas esąs pluriendokrinometabolinių nukrypimų rezultatas, del kurio būnanti skatinamoji ar stabdomoji kaikurių hipofizinės sekrecijos ląstelių persvara. Jie taippat kreipia dėmesį į sąsyjį tarp hipofizio ir diencephalon'o. Jie mano, kad nepilnos Cushing'o ligos kliniškos formos esančios daug dažnesnės, ir del simptomatologinių skirtumų kliniška diagnozė turinti kaikurių sunkumų. („Revue Neurologique", Paris, 1939 m. 72 nr.). *Kazys Paltanavičius.*

× Cistino hidrochloridas koaguliacijai mažinti.

Putnam ir Hoefer tvirtina, kad intrakardialinės cistino hidrochlorido injekcjos šunims pailginusios koaguliacijos laiką nuo 40 iki 100 procentų trims iš penkių bandymų. Cistino hidrochloridas, duotas pro zondą į skilvį, pailginęs kraujo krešėjimo laiką nuo 25 iki 100% visų bandytų asmenų. Cistino chloridas taippat buvo duotas per os dvidešimt trims asmenims, turintiems sclerosis multiplex. Iš jų septyniolikai koagulacijos laikas pailgėjęs nuo 30 iki 90%. Cistino hidrochloridas gerai pakeliamas daugumos pacientų, duodamas kasdien po 3,0 gr net kelis mėnesius. Jokių pašalinių reiškinių nuo jo nepastebėta. Todel jis galėtų būti vartojamas kaip anticoagulans tokiais atvejais, kai reikia nelabai stipraus veikimo, bet ilgalaikio jo vartojimo. („American Jornal of Medical Sciences", Philadelphia, 1939 m., 198 nr.).

Kazys Paltanavičius.

× Amikrobinė pyurija.

Pasak Weytlandt'o, esą tokių cistitų ir pyelocistitų, kurių metu šlapimuose negalima rasti jokių mikroorganizmų. Jis mano, kad kartais reikia pagalvoti, ar tat negalėtų būti del inkstų tuberkuliozės, ypač kai šlapimuose nėra rūgštims atsparių bacilų. Kartais tenką pagalvoti, ar tat ne del coli bacilų infekcijos, nes tokiais atvejais būna perijodų, kurių metu jokių mikroorganizmų negalima surasti šlapimuose, net jei ir kultūros auginamos. Tačiau šitie suminėti atsitikimai nėsą tikros amikrobinės pyurijos atsitikimai, nes pasitaiką ir tikrų amikrobinių pyurijų. Todėl autorius sumini pirmus leukocitūrijos atsitikimus, kurie yra sukeliami mechaniškų ar cheminių jaudinimų. Esama pyurijų, kurių visos kultūros, net ir tuberkuliozės bacilų, pasiliekančios sterilios ir kurių inokuliacijos jūrų kiaulytėms duodančios neigiamus rezultatus. Autorius sako, kad 1922 metais Soederlund pirmą kartą atkreipęs dėmesį į šitą pyurijos rūšį, kuri galėtų būti palaikyta visai atskira liga. Nors šita pyurija susirgimų skaičius nėsąs didelis, vis delto į amikrobinę pyuriją turėtų būti kreipiamas dėmesys, ir tie, kurie su ja jau kartą susidūrė, be abejojimo, mokės laiku diagnozuoti. Be to, šitas susirgimas, kuris anksčiau buvo laikomas chroniškų ir ilgai vargindavo ligonį, dabar esąs išgydomas, nes Wildbolz'ui pasisekė surasti, kad liga greitai pranykstanti, gydoma su neoarsphenamin'u. Kadangi amikrobinė pyuija buvo pirmiausia aprašyta Soederlund'o ir sėkmingai pirmą kartą išgydyta Wildbolz'o, todėl autorius sako, kad šita liga

turėtų būti visai atskirai vadinama Soederlund'o-Wildbolz'o liga. Amikrobinės pyruijos etiologija vis dar neišaiškinta, bet turint galvoje, kad čia neoarsphenemin'as turi gydomos galios, tai reikia manyti, jog čia infekcinė liga, nors ne būtinai jos sukėlėjas turi būti spirocheta. Autorius aprašo vieną amikrobinės pyurijos atsitikimą, kurį jis pats stebėjo. Liga prasidėjusi su hematurija, po kurios sekęs cistitas. Šlapimuose buvę labai daug leukocitų, bet jokio mikroorganizmo. Kai gydymas su methenamin'u, saloliu ir sulfanilamidu nieko nepadėjęs, autorius suleidęs intraveniškai 150 mg neoarsphenamin'o. Jau po pirmosios injekcijos buvęs pastebėtas žymus pagerėjimas, bet ligoniui buvusios suleistos dar dvi papildomos injekcijos, viena — 300 mg, antra — 450 mg, su penkių ar šešių dienų pertraukomis. Bet autorius mano, kad daugeliui atsitikimų pakaksią tik dviejų injekcijų. („Journal Belge d'Urologie", Brussels, 1939 m., 12 nr.). *Kazys Paltanavičius.*

× **B- vitaminas ir kardiovaskuliariniai sutrikimai nėštumo metu.**

Bickel stebėjo antrą kartą nėščią moterį, 33 metų, šeštą nėštumo mėnesį. Renkant anamnezę, sužinota, kad jai pirmojo nėštumo metu buvę pasireiškę piktybinis vėmimas, žymus svorio kritimas, palpitacija, dyspnoe ir edemos galūnėse. Panašūs simptomai pasireiškę ir antrojo nėštumo pirmojoje pusėje: svoris kritęs nuo 60 kg iki 47 kg, tvinksnis siekęs 130 k. per minutę, kepenų kraštas per tris pirštus žemiau šonkaulių lanko, galūnėse edemos, kelio ir Achil'o sausg. refleksai išnykę ir atsiradę smarkūs skausmai kojose. Elektrokardiograma parodžiusi ventrikulinį kompleksą pirmojoje ir antrojoje derivacijoje ir apverstą T bangą antrojoje ir trečiojoje derivacijoje. Davus B- vitamino kasdienines injekcijas po 50 mg į veną, greit pasireiškę gijimo reiškiniai. Acetonuria ir edemos pranykusios po trijų dienų. Apetitas tuojau pagerėjęs, kojų skausmai pranykę ir elektrokardiograma gauta normali. Toliau B- vitamino terapija buvusi tęsiama, duodant intravenines injekcijas tik kartą per savaitę iki nėštumo pabaigos. Šituo laiku pacientė svėrusi 57,6 kg, ir rentgenu tiriant krūtinės ląstą širdis jau buvusi normos ribose. Pacientė pagimdžiusi sveiką kūdikį. Pasak autorių, kardiovaskuliariniai sutrikimai galį pasirodyti nėštumo metu ir toms moterims, kurios anksčiau buvo visiškai laisvos nuo jų. Kardiovaskuliariniai sutrikimai dažnai lydimi piktybinio vėmimo arba kepenų toksikozės ir rodo palinkimo į acidozę ir polineuritinius simptomus. Šitie sutrikimai esą kilę del B- vitamino stokos, kuri atsiranda pakitus moters metabolizmui kūdikio augimo gimtuvėje metu. Parenteralinis B- vitamino naudojimas, autorių nuomone, duodąs gerų rezultatų tiek nėštumo metu atsiradusius polineuritus, tiek ir kardiopatijas gydant. („Archives des Maladies du Coeur", Paris, 1939 m., 32 nr.).

Kazys Paltanavičius.

Kronika.

MEDICINOS AUKŠTASIS MOKSLAS.

× **Med. gydytojos diplomas** pripažintas Žukaitei Halinai Janinai.

× **Nauji docentai.** 1943. III. 3 d. V. D. U-to Medicinos Fakulteto tarybos posėdyje adj. gyd. V. Kairiūkščiui ir adj. gyd. V. Vaičiūnui visais (25) balsais suteiktas docento laipsnis. Jų moksliški darbai ir pedagoginė veikla pripažinti atstoją disertacijos ir habilitacijos darbus. Abudu docentai 1943. III. 24 d. patvirtinti Pirmojo Generalinio Tarėjo.

WILHELM'O CONRAD'O RÖNTGEN'O 20 METŲ NUO MIRTIES SUKAKTIES PROGA.

Fizikas Wilhelm Conrad Röntgen, išradęs jo pavarde pavadintus spindulius, kurie vaidina medicinoje be galo didelį vaidmenį, gimė žemutinio Reino srityje 1845 metais. Gimnaziją lankė Virechte. Vėliau buvo mašinų statybos mokiniu Apeldoorn'e ir galop inžinerijos studentu Zürich'e. Atlikęs svarbius fizikos srities mokslo darbus, nors ir neturėdamas oficialaus gimnazijos baigimo atestato, W. C. Röntgen gavo privat-docentūrą Strassburg'o universitete. Vėliau dirbo Hohenheim'o aukštojoje mokykloje ir pagaliau buvo paskirtas Würzburg'o universiteto profesoriumi. Čia po 7 metų kruopštaus darbo W. C. Röntgen 1895 m. XI. 8 d. aptiko garsiuosius savo spindulius, pavadintus atradėjo pavarde. W. C. Röntgen mirė 1923 m., sulaukęs 78 metų amž. Tatai yra paskutinių laikų didžių didžiausias atradimas, sudaręs naują erą medicinos srityje.

× **Naujas mikroskopo patobulinimas.** Suomių laikraščių pranešimais, suomių chirurgas d-ras Alvar Wilska sukonstruavęs savo rūšies stereomikroskopą: pridėjus prie mikroskopo tam tikrą priedinį aparatą, žymiai padidinamas tiriamasis objektas ir del to įgalinama giliau įžvelgti.

× **Naujas chemiškas elementas.** Berno radiumo instituto fizikai dr. Alice Leigh - Smith (radiumo atradėjos Curie mokinė) ir d-ras Walter Minder (kalbamo instituto vedėjas) suradę naują, iš eilės 85-ąjį, chemišką elementą, kuris esąs radioaktyvus.

SVEIKATOS REIKALAI.

× **Kauno miesto ambulatorijų 1943 m. vasario mėn. veikla.** Kauno m. Sveikatos Valdybos Naujamiesčio, Senamiesčio, Žaliakalnio ir Šančių ambulatorijų 1943 m. vasario mėn. nuveikti šie darbai: aplankyta vienkartinių bei kartotinių ligonių 36.440, nėštumo nutraukimo komisijoje patikrintos 5 ligonės, fizioterapijos skyriuose atlikti 5.173 švitinimai, rentgeno kabinetuose padaryta 1.068 nuotraukos ir prašvietimai, laboratorijose padarytos 4.982 analizės, namuose gydytojų aplankyti 1.049 ligoniai, nedarbingumo lapelių išduota 5.110; be to, epidemiologinio skyriaus dezinfekcijos stoties įvykdytos 64 dezinfekcijos ir 2 dezinsekcijos; sergantiems papildomam maistui gauti pažymėjimų išduota 5.732.

× **Natūralinis gyventojų judėjimas Kaune.** Kauno miesto Civilinės Metrikacijos Biure per 1943 m. vasario mėn. įregistruoti 256 gimimai, 96 santuokos ir 126 mirimo aktai.

× **Priešdifteriniais skiepijimais Kaune** iki šiol įskiepyta apie 2.000 vaikų. Skiepijimai motinos ir vaiko konsultacijos punktuose eina ir toliau. Nuo difterito skiepijami iki 12 metų amžiaus vaikai.

× **Susirgimai dėmėtąja šiltine.** Visame krašte dėmėtąja šiltine atsitinka tik paskirų susirgimų. Daugiausia susirgimų yra Svyrių, Trakų ir Švenčionių apskrityse.

× **Sveikatos patarimai ir paskaitos provincijai.** Vyr. Sveikatos Valdyba per apskričių gydytojus išsiuntinėjo plakatų ir brošiūrų, liečiančių aktualius sveikatos klausimus, k. a.: alkoholio žalingumą, infekcines ligas, kovą su parazitais, ir t. t.; taippat pravedė visame krašte visą eilę paskaitų apie naminės degtinės žalingumą.

Mediciniškosios mintys

Atviros akys atras progą ir visur pamatys. Atviros ausys išgirs pagalbos šauksmą tų, kuriuos galėtų apdovanoti tvirtomis rankomis. Niekada nestinga laiko bet kuriam doram darbui.

O. Swett-Marden.

Jeigu atėmiau gyvybę kuriam gyvuliui — šuniui, paukščiui, varlei, net vabzdžiui, tai, konkrečiai kalbant, vis tik neįmanoma, kad per mano piktumą ar lengvabūdišką poelgį galėjo niekais virsti šita būtybė, arba, aiškiau pasakius, ta pirmykštė jėga, kurios dėka šitas tiek nuostabus reiškinėlis dar prieš minutę mūsų akyse žaidė, pilnas grožio, energijos ir gyvenimo džiaugsmo. O, antra vertus, milijonai įvairių rūšių būtybių, kiekvieną akimirką begaliniame įvairume ateinančių į gyvenimą, pilnos jėgų ir veržimosi, — negalėjo niekada negyventi iki savo gimimo akto ir nieku nebūdamos — pradėti savo buvimą. Jei, tuo būdu, aš pastebiu, kad viena iš mano akivaizdos pranyksta nežinia kur, o kita atsiranda nežinia iš kur, ir, be to, ta ir kita turi vienodą formą ir esmę, vienodą būdą, bet tik ne tą pačią medžiagą, kuri, tačiau, gyvenimui bėgant, pradingsta ir pasikeičia nauja, — tai savaime kyla klausimas, kad tai, kas pradingsta, ir tai, kas ton vieton atsiranda, yra ta pati būtybė, tik kiek kitokia santaisa, savo gyvenimo atnaujinta forma, ir ar čia nebus tai, kas yra sapnas individui, tas yra mirtis vaizduotei. *Schopenhauer.*

Gyvenimas yra sapnas, mirtis — atbudimas. *L. Tolstojus.*

Be visų kitų karo nelaimių ir siaubų, viena iš didžiausių jo blogybių — tai žmonijos proto iškrypimas. *L. Tolstojus.*

Juo labiau sensta žmonės, gyvenę dvasios gyvenimą, juo labiau plečiasi jų protinis akiratis ir juo labiau aiškesnė darosi jų sąmonė, o prastabūdžių metai bukina dar labiau.

Mirtis yra naujo gyvenimo pradžia. *Montaigne.*

Neprisipažinti prie savo kalčių — reiškia jas didinti. *L. Tolstojus.*

Skausmas — tai sargyba, pastatyta tarp žmogaus ir Visatos ribos. Ji mums pasako, ar geru keliu einame. *Say.*

Tas, kuris sveikas, yra jaunas, o tas, kuris niekam neskolingas, yra turtingas. *Ispanų patarlė.*

Kas nebijo, tas ir marą nugalės. *Napoleonas.*

Mirties nebijo tie, kurių gyvenimas daug vertas. *E. Kantas*

Šimtai žmonių nužengė į kapus, nepagarsėję tiktai todėl, kad neturėjo tvirtos valios. *Foerster.*

Baimė, tartum nuodingos dujos, paplitusios mūsų ore; jos verčia kūną ir dvasią sunkiai alsuoti ir net užmuša energiją ir augimą.

H. Flasther.

0.40

P Gp 5
1943. 3
LIETUVOS NACIONALINĖ
MARTYNO MAŽVYDO BIBLIOTEKA

Sp. „Varpas", Kaunas, Gedimino g. 38. Tel. 23023.